

Les urgences médicales : constats et évolution récente

PRESENTATION

La population recourt de plus en plus fréquemment aux services d'urgence hospitaliers. Le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions.

Cette situation est paradoxale, car ces passages, le plus souvent, ne correspondent pas à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas environ, les patients retournent à domicile après consultation. Elle crée par ailleurs des insatisfactions tant pour les personnels du fait des difficultés à gérer les flux des patients à l'intérieur du service ou de l'établissement que pour les usagers, du fait des temps d'attente jugés parfois excessifs. .

Les pouvoirs publics ont cherché à promouvoir des solutions plus adaptées aux besoins réels de la population. Ils ont agi en amont de la chaîne des urgences en incitant tous les acteurs et plus particulièrement la médecine libérale et la médecine hospitalière à mieux coopérer entre elles. Cette volonté s'est traduite par la création du dispositif dit de la permanence des soins en 2003, la meilleure rémunération de la participation des médecins libéraux à la régulation médicale effectuée par les centres d'appel téléphonique, la signature de conventions entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et les ambulanciers privés, le développement des interconnexions entre les numéros d'appel 15 et 18. Par ailleurs, le plan « Urgences » mis en place après la canicule de l'été 2003 a permis de renforcer très sérieusement les moyens des services d'urgence hospitaliers publics.

L'enquête menée par la Cour et sept chambres régionales des comptes (Aquitaine, Ile de France, Rhône Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur, Nord Pas de Calais, Haute Normandie et Champagne Ardenne) avait pour objet de mesurer l'impact des différentes initiatives nationales et locales sur l'organisation de la prise en charge des patients ayant recours aux urgences. Elle a été centrée sur l'aide médicale urgente et la permanence des soins, à l'exclusion des urgences pédiatriques et psychiatriques qui sont soumises à une réglementation particulière.

I - Le rôle central des services d'urgence hospitaliers

L'accueil et le traitement des patients en urgence s'effectuent dans 631 sites. Leur implantation a été autorisée par les agences régionales d'hospitalisation (ARH) au regard de trois impératifs : la proximité, la qualité et la sécurité des soins.

Les services d'urgence sont classés en fonction de leur niveau de technicité et de normes d'équipement. On distingue trois niveaux : les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) qui ont le niveau d'équipement le plus élevé et doivent pouvoir traiter tous les types d'urgence, les unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) qui prennent en charge des cas plus simples et les pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement dans des domaines spécifiques comme la cardiologie, la pédiatrie ou la chirurgie de la main. Dans tous les cas, la prise en charge des malades est assurée par des médecins spécialisés ayant un diplôme de médecine d'urgence.

En 2006, on dénombre 208 SAU, dont 202 sont implantés dans les plus importants établissements publics hospitaliers, 385 UPATOU, réparties entre secteur public et secteur privé participant au service public (245), secteur privé à but lucratif (140) et 38 POSU.

Cette organisation résulte d'une évolution progressive, dont la première étape a été la création en 1986 des services d'aide médicale urgente (SAMU) et des centres d'appel téléphonique spécialisés répondant au numéro 15 (dit centres 15). Les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 ont contribué à améliorer la qualité de l'orientation des patients en distinguant les urgences vitales des autres et à accroître la sécurité des structures d'accueil. Ce cadre réglementaire a été modifié par les décrets du 22 mai 2006 qui suppriment les notions de SAU et

d'UPATOU, ces structures recevant en réalité les mêmes types de patients. Au 31 mars 2007, tous les services autorisés s'appelleront « structures des urgences » et auront l'obligation de répondre aux mêmes exigences de qualité en termes d'effectifs et de compétences médicales et paramédicales.

A - Les patients : leur état de santé et leurs motifs de recours aux urgences

La connaissance des comportements des patients fréquentant les urgences et de leur pathologie est relativement limitée, bien que les outils permettent une approche quantitative et qualitative de l'activité des services d'urgence. Mais seuls les éléments quantitatifs sont généralisés et ils ne sont pas exhaustifs. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé et des solidarités (DREES) dénombre comme « passage » toute arrivée d'un patient dans un service d'urgence même si il s'agit d'une suite d'urgence ou d'un accueil de première intention pour une hospitalisation si le service est organisé ainsi. Elle exploite la classification GEMSA⁹¹, qui permet de distinguer les patients selon leur mode d'accueil et de sortie, c'est-à-dire selon que leur passage a donné lieu ou non à une hospitalisation. Elle n'aborde les prises en charge que sous l'angle de l'activité du service et de l'orientation du patient.

Les spécialistes de l'urgence en France ont élaboré une échelle de gravité en cinq classes appelée la classification clinique des malades aux urgences (CCMU). Elle permet de connaître la gravité de l'état des patients, mais elle n'est pas obligatoire et elle est insuffisamment utilisée par les services d'urgence. Sa généralisation aurait l'avantage de permettre de disposer des informations sur les pathologies traitées et ainsi de comparer l'activité des établissements publics et privés.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la DREES ont prévu d'effectuer un choix entre ces deux nomenclatures.

91) GEMSA est issu du nom du groupe d'étude multicentrique des services d'accueil qui l'a mise au point avec la société française de réanimation et la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU).

1 - Un état de santé dont le niveau de gravité est généralement peu élevé

Les informations recueillies à partir de ces sources montrent que l'on emploie le mot « urgence » pour désigner des situations très diverses, et que les cas exigeant la mobilisation immédiate et rapide de moyens pour sauver un malade dont le pronostic vital est en jeu (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, détresse respiratoire...) sont rares. Les urgences, au sens des manuels médicaux, représentent moins de 3 % des motifs d'intervention des services d'urgence.

Le pourcentage de patients hospitalisés à la suite de leur passage dans les services d'urgence fournit indirectement une information sur le degré de gravité de leur état de santé : il est de 20%. Ce chiffre, assez faible, est stable depuis 2001. Selon les données de la DREES, près de 80 % des patients qui se présentent dans les services d'urgence retournent à domicile, après une simple consultation (16 %) ou des examens complémentaires (65 %). Dans cet ensemble, 5% correspondent à des consultations faisant suite à un premier passage aux urgences (surveillance de plâtre, ablation de fils)⁹². Il s'agit donc, dans ce dernier cas, d'une activité programmée qui devrait être assurée, non pas par les services d'urgence, mais par les services de consultations externes de l'établissement ou la médecine de ville.

Alors qu'ils étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints, les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées. Ce constat est conforté par le fait que 70% des usagers se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, même par téléphone.

Cette situation reflète une réelle difficulté : si on peut schématiquement distinguer les urgences vitales, les cas nécessitant une intervention rapide (fracture, blessure profonde, brûlures) et les autres, qui peuvent aller du simple conseil à une consultation non programmée, il est difficile de faire a priori la distinction entre l'urgence ressentie par un patient et l'urgence clinique. Seul un diagnostic porté par des professionnels peut permettre la bonne orientation du patient. Pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas le cas.

92) DREES : « L'activité des services d'urgence en 2004 », Etudes et résultats n° 524 ; septembre 2006.

2 - Une grande confiance dans l'hôpital

Les études disponibles⁹³ sur les comportements des patients et les motifs de leur recours aux services d'urgence sont partielles et nécessiteraient d'être plus régulièrement actualisées. Elles montrent que les services d'urgence sont désormais considérés par les deux tiers des Français comme un lieu où ils peuvent se faire soigner 24 heures sur 24 par des professionnels qualifiés, en toute sécurité, et bénéficier rapidement de tous les moyens modernes d'investigation. Ainsi l'étude de la DREES souligne que les motivations les plus courantes exprimées par les patients tiennent à la proximité de l'établissement (47 %), à un besoin d'examen ou d'avis spécialisé (44 %), à une exigence de rapidité (38 %), à une perspective d'hospitalisation (32 %) et à l'assurance de pouvoir disposer d'un plateau technique spécialisé. Les Français expriment donc d'abord une grande confiance dans les services hospitaliers. Aucune étude ne permet d'évaluer l'impact sur ce recours à l'hôpital des dépassements tarifaires pratiqués par les médecins dans les grandes villes, de la quasi-gratuité des soins à l'hôpital ou des délais d'attente de rendez vous chez certains médecins.

B - L'activité des services d'urgence

1 - Une activité qui a connu une forte croissance

A partir de la fin des années 1980, le nombre de passages dans les services d'urgence a augmenté très rapidement : leur croissance annuelle était de 5,8 % en moyenne entre 1996 et 1999 et de 4,5 % entre 1999 et 2002. L'activité semble se ralentir depuis : + 2,8% en 2003 et + 0,4% en 2004. Les causes de cette inflexion ne sont pas connues.

Selon les données extraites de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en 2004, les SAU traitent 54 % des passages, alors qu'ils ne représentent qu'un tiers des structures autorisées. L'activité moyenne des SAU est de 37 000 passages par an, soit le double de celle des UPATOU (16 000 passages). Les UPATOU publiques et privées ont des niveaux d'activité assez proches. Toutefois la part des passages aux urgences dans le secteur privé augmente globalement plus vite que dans le secteur public (+ 13% contre - 0,1% en 2004). La création de nouveaux services depuis 2001 et leur montée en charge expliquent cette évolution. La part des établissements de santé publics reste cependant prédominante : elle représente 84 % des passages aux urgences en 2004.

93) DREES : Etudes et résultats n°215 de janvier 2003 : « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières ». CREDOC : point de conjoncture n°16-17 septembre 2003. URCAM-URML de Midi Pyrénées, avril 2005 : « Les Français face aux urgences : attitudes et attentes ».

2 - Une clientèle concentrée aux âges extrêmes de la vie

La clientèle des services d'urgence est globalement plus jeune que l'ensemble de la population. Le quart des patients a moins de 15 ans. Le taux de recours⁹⁴ aux urgences le plus élevé est celui des enfants de moins de un an (48%). Ils sont suivis par les personnes âgées de 80 ans et plus, dont le taux de recours est particulièrement fort : 40%. Des études récentes, comme celles menées en Ile-de-France ou en Rhône-Alpes montrent que le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans se présentant aux urgences augmente vite : + 9,6 % entre 2000 et 2004 en Ile de France pour un taux d'évolution global de l'ordre de 2 %. Il s'agit de personnes polypathologiques, ou attendant une place en service d'hospitalisation. Un grand nombre d'entre elles seront hospitalisées, mais parfois dans des services non adaptés au traitement de leur pathologie.

Cette proportion importante de personnes très âgées a des conséquences sur l'organisation des services d'urgence : elle augmente leur charge de travail car il s'agit de personnes parfois difficiles à interroger, qui n'ont pas toujours de dossier médical antérieur et pour lesquelles l'équipe va passer beaucoup de temps pour trouver un service qui accepte de les prendre en charge. Mais surtout elle traduit l'échec d'un suivi global adapté à leurs problèmes de santé que la Cour a souligné dans son rapport de 2003⁹⁵ en recommandant le développement des filières gériatriques dont les principes d'organisation ont été définis dans une circulaire du 18 mars 2002. Le développement de ces filières pour lesquels des moyens ont été dégagés dans le plan « Urgences » doit être accéléré.

3 - Des outils d'analyse de l'activité insuffisants

L'informatisation des services d'urgence, nécessaire à la mesure et au suivi de leur activité, est une des priorités du plan « Urgences ». Elle progresse : 256 services d'urgence représentant 47 % des passages contre 10 % au début du plan et 50 % des CHU sont informatisés à la mi 2006. L'objectif à atteindre est de couvrir 85 % des passages fin 2007 et 100% en 2008. Il implique un effort massif et rapide dont les résultats sont subordonnés au choix des logiciels et à la disponibilité de personnels qualifiés.

94) Rapport entre le nombre d'enfants de moins de un an passés par les services d'urgence et le nombre d'enfants du même âge dans la population totale

95) Rapport annuel sur la sécurité sociale : septembre 2003 p.395 et suivantes

a) *Les outils de mesure de l'activité des services ne sont pas harmonisés*

L'absence de données fiables et homogènes ne facilite pas l'analyse de l'efficacité des services d'urgence.

Dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la mesure de leur activité est effectuée à partir du dénombrement des passages.

Le passage est une unité de compte pour la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé publics et privés : l'ATU (accueil et traitement des urgences) ; il est facturé « *dès lors que les soins non programmés sont délivrés aux patients par le service, l'unité ou le pôle autorisé à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences* ». Mais cette définition n'est pas identique à celle retenue par la SAE qui compte elle aussi les passages aux urgences. La DREES estime que cette différence n'a pas d'effet sur leur dénombrement total. Il n'en reste pas moins qu'elle n'a pas lieu d'être. La facturation et la production des statistiques nationales devraient être issues d'une seule saisie dans les établissements. Ceci permettrait d'éviter des décalages dans le recueil des informations, la SAE produisant fin 2005 les données de 2004, tandis que la DHOS, depuis la mise en place de la T2A, dispose trimestriellement des informations sur l'activité des établissements. L'harmonisation des concepts s'avère également nécessaire pour le suivi des taux d'hospitalisation des patients admis aux urgences. La Cour a constaté un écart non négligeable entre les taux d'hospitalisation déclarés par les établissements selon que l'on consultait la SAE (20 %) ou les données transmises par la DHOS (24 %).

Au sein des établissements, la mauvaise tenue des registres chronologiques constatée par les chambres régionales des comptes ne permet pas de connaître, comme le demande le code de la santé publique, l'identité des patients accueillis par le service ou par l'unité de proximité, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour de sortie ou de transfert hors du service ou de l'unité de proximité. Outre la perte d'information sur l'activité du service, cette situation est préoccupante au regard de la gestion d'éventuelles plaintes.

Le nouvel article R. 6123-23 du code de la santé publique rend obligatoire l'informatisation des registres chronologiques. Afin qu'elle soit effective, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) devraient en faire une des conditions à respecter par les établissements dans le cadre des nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs qu'elles vont signer avec toutes les structures qui auront reçu l'autorisation de fonctionner.

b) Les données d'activité des SAMU et des SMUR ne sont pas fiables

L'activité des SAMU est exprimée non en nombre d'appels reçus, mais en nombre d'« affaires », notion définie comme « un dossier avec décision de régulation médicale ». Cette activité ne fait pas encore l'objet d'une statistique nationale et l'enregistrement du nombre d'affaires ne repose pas sur une nomenclature harmonisée.

A titre d'illustration, le bilan d'activité établi en Ile-de-France pour l'année 2004⁹⁶ montre que sur les huit SAMU départementaux qui produisent tous un rapport d'activité annuel, « *la comptabilisation des appels n'apparaît pas en l'état un indicateur fiable, notamment pour une analyse comparative. Seulement quatre SAMU disposent d'une comptabilisation automatique de leurs appels et pour certains les données relèvent d'une extrapolation* ». Cette insuffisance est mentionnée par la DHOS dans sa circulaire budgétaire de février 2004.

L'activité des SMUR est mesurée en nombre de sorties, c'est-à-dire d'« intervention médicalisée d'une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, malades ou parturientes ». On distingue les sorties primaires (transport médicalisé ou non effectué par un SMUR de l'hôpital vers le lieu de détresse et retour vers l'établissement de soins) ou secondaires (transfert d'un établissement hospitalier à un autre). Les données peuvent être éditées par département, mais non par établissement. La DREES n'exploite pas les données transmises sur les SMUR dans les bordereaux de la SAE. Elle a engagé avec la DHOS une réflexion sur l'ensemble SAMU-SMUR et centres 15 et des orientations seront arrêtées pour la version de la SAE 2006 qui sera collectée en 2007.

C - Les limites des ajustements successifs apportés au dispositif

Les pouvoirs publics ont essayé de limiter l'afflux des patients aux services d'urgence hospitaliers en organisant une meilleure coordination entre tous ceux qui interviennent en « amont » de l'hôpital et en renforçant l'efficacité du système d'orientation des patients. Parallèlement les moyens accordés aux services d'urgence hospitaliers ont été significativement renforcés.

96) ARH-IF : bilan de l'activité des services d'urgence en Ile de France en 2004 publié en décembre 2005.

Mais ces aménagements ont été souvent introduits pour répondre à la pression de l'actualité, ce qui a nui à leur cohérence et à leur efficacité. Ainsi la permanence des soins (PDS) a été organisée à la suite du mouvement national de refus des médecins de participer aux gardes, lancé à la fin de l'année 2001 et le plan « Urgences » a été décidé après la canicule de l'été 2003.

Malgré les intentions affichées, l'amélioration du fonctionnement de la chaîne des urgences, de l'amont à l'aval, reste insatisfaisante.

1 - Une coopération insuffisante entre les acteurs

Le dispositif de prise en charge des urgences fait intervenir de nombreux acteurs qui ont des missions différentes, mais doivent travailler ensemble : 253 600 sapeurs pompiers volontaires et professionnels, civils et militaires, 5 470 ambulanciers privés, plus de 5 000 médecins et 12 000 infirmiers intervenant dans les 631 établissements de santé hospitaliers publics et privés autorisés, sans compter les effectifs des 104 SAMU et des 435 SMUR, enfin 60 830 médecins généralistes libéraux. L'organisation de ce dispositif est basée sur trois principes : la proximité, la qualité de la prise en charge et la coordination des acteurs. Il a fait l'objet de nombreux aménagements depuis 2002 en vue d'améliorer cette coordination considérée à juste titre comme la condition d'une bonne prise en charge des soins non programmés de la population.

a) La difficile articulation entre la médecine de ville et l'hôpital

La première mesure a consisté à réorganiser les modalités de la permanence des soins libérale. L'expression « permanence des soins » (sous le sigle PDS) désigne ce qui peut être pris en charge par la médecine de ville en ambulatoire. Cette terminologie est ambiguë car elle confond le principe, assurer une permanence des soins, ce qui signifie une disponibilité 24 heures sur 24 quelle que soit la façon dont cette mission est assurée (dispensaire, cabinet de groupe, maison médicale, médecin libéral, structure hospitalière publique ou privée), et les modalités d'organisation d'une partie seulement des acteurs, en l'occurrence les médecins de ville. Cette confusion pèse sur les modalités d'organisation du système en opposant de facto la médecine de ville et la médecine hospitalière alors qu'il s'agit de mieux organiser leur complémentarité pour répondre à la demande des patients.

Les modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) et les conditions de rémunération des médecins libéraux ont été arrêtées par le décret du 7 avril 2005 et l'avenant n° 4 à la convention médicale nationale du 12 janvier 2005. La PDS est désormais fondée sur la

participation volontaire des médecins libéraux aux gardes. Elle s'exerce de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés. Elle est organisée dans chaque département sur la base d'un découpage en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques, ainsi que de l'offre de soins. Le préfet arrête cette sectorisation après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS), vaste instance représentative de tous les acteurs.

Dans la pratique, le volontariat pose des problèmes et la permanence est assurée de manière très inégale : 70 % des médecins libéraux participent à la PDS, mais la taille des secteurs et le nombre de médecins par secteur est très variable d'un département à l'autre. Certaines zones restent sans couverture médicale libérale. La mobilisation des médecins en seconde partie de nuit présente des difficultés : 422 secteurs de garde sur les 2 791 arrêtés par les préfets ne sont pas couverts après minuit.

La contribution des 198 maisons médicales de garde (MMG), dont les deux tiers sont financées par l'assurance maladie dans le cadre du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), est difficile à évaluer. Leur implantation est plus le fait d'initiatives locales de certains médecins ou de collectivités territoriales que le résultat de la mise en œuvre d'un plan préalablement défini. Toutefois l'adossement des maisons médicales de garde à une structure hospitalière permet d'alléger le flux des patients qui s'adressent aux services d'urgence⁹⁷.

Il en va de même lorsque les hôpitaux s'appuient sur une structure de santé déjà existante. Ainsi, à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, des consultations sans rendez-vous ont été expérimentées depuis 2001, dans les hôpitaux Bichat, Trousseau, Hôtel Dieu et Robert Debré. Ce dernier (hôpital pour enfants) a passé en 2003 une convention avec un centre de santé parisien, le centre médical Europe, pour que les médecins travaillant dans ce centre tiennent une consultation sans rendez-vous dans les locaux de l'hôpital en période d'épidémie hivernale et le week-end. Sur 1 275 patients venus aux urgences à Robert Debré, 550 (40%) ont choisi cette formule qui leur était proposée à l'accueil du service des urgences, bien que la consultation soit payante (le tiers payant est pratiqué). Toutefois ce type de coopération, qui permet de soulager les services des urgences, reste embryonnaire.

97) Les maisons médicales de garde. Rapport remis à M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités. Juillet 2006

b) La participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique

La participation des médecins libéraux à la régulation médicale des centres 15, que la Cour avait recommandée en 2002, se développe mais elle n'est pas encore effective dans 19 départements.

La Cour a constaté que le cahier des charges fixé par l'arrêté du 12 décembre 2003 n'est pas toujours respecté. Celui-ci stipule que « *l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU* », et que si d'autres dispositifs de régulation libérale sont organisés, ils doivent être interconnectés avec le SAMU. Ce n'est pas toujours le cas. Ainsi, en Haute-Garonne, l'association ARMEL⁹⁸ régule dans ses propres locaux les appels pour les généralistes avec qui elle a passé convention, sans interconnexion formalisée avec les SAMU de la région tandis qu'une autre association libérale « Régul 31 » fonctionne, en tant que telle, dans les locaux du centre 15 de Toulouse.

« SOS Médecins » qui est le premier réseau libéral des urgences médicales en France, joue un rôle important dans la prise en charge des patients appelant pour une urgence : avec près d'un millier de médecins titulaires, il couvre 60 % de la population et est très sollicité en milieu urbain et périurbain. Il a signé en septembre 2005 une convention cadre avec SAMU de France qui fixe les conditions de collaboration avec les SAMU en matière de régulation médicale, d'intervention auprès du patient, de transport et d'hospitalisation en fonction des lits disponibles. Cet accord est déjà décliné dans 75 % des départements où l'association est présente. Par ailleurs, comme « SOS Médecins » défend le principe selon lequel le diagnostic sûr s'opère au chevet du patient et compte tenu de la nature du recours à leurs centres d'appel dont les modalités ont été définies par la décret du 7 avril 2005, 60 % des appels reçus génèrent un déplacement donnant lieu à un remboursement d'actes par l'assurance maladie (2,5 millions d'actes en 2004 pour 4 millions d'appels).

2 - Un système d'orientation des patients déficient

L'orientation des patients est un des éléments essentiels au bon fonctionnement du dispositif des urgences et de la permanence des soins. La régulation médicale téléphonique a un rôle déterminant : elle permet de définir dès l'appel du patient la nature de la réponse à lui apporter, la responsabilité de la décision incombant à un médecin régulateur formé et expérimenté.

98) Association de régulation de la médecine libérale.

a) L'absence d'un numéro d'appel unique

Contrairement à l'Espagne, au Portugal, au Danemark, à la Suède ou à la Finlande qui ont adopté le numéro 112 européen, la France n'a pas de numéro d'appel unique pour les urgences. Plusieurs numéros publics, qui correspondent à des champs d'activité spécifique, coexistent dont les trois plus connus sont : le 18 géré par les sapeurs pompiers (16,4 millions d'appels par an), le 15 géré par les SAMU (21 millions d'appels en 2004) et le 112 géré à 80% par les SDIS et à 20% par les SAMU. Cette diversité nuit à l'efficacité de la régulation téléphonique. Il est paradoxal qu'au moment où chaque opérateur de téléphonie recourt à des campagnes de communication pour promouvoir son propre numéro de renseignement les pouvoirs publics n'informent pas mieux la population sur la bonne utilisation de ces différents numéros, sans attendre la mise en place d'un numéro unique, solution qui ne fait pas l'unanimité au sein des acteurs et soulève des problèmes de coûts immédiats importants.

Une première étape vers la simplification pourrait être franchie avec l'unification des numéros d'appel entre l'hôpital et la ville. Ceci suppose que deux actions complémentaires soient poursuivies :

- convaincre les promoteurs de centres d'appel autonomes de fusionner avec le 15, sauf à perdre l'agrément délivré par le préfet ;
- amplifier la participation conventionnée des médecins libéraux au fonctionnement des centres 15.

b) Un besoin d'information des patients

La majorité des usagers voudraient connaître les symptômes qui indiquent une urgence vitale et les bons gestes de premiers secours. Une étude conduite par la société française de cardiologie⁹⁹, sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde apporte un éclairage sur cet enjeu : « un tiers seulement des personnes frappées d'infarctus appellent le 15 » et « la moitié des malades n'arrivent à l'hôpital que plus de trois heures après avoir ressenti les premières douleurs » ce qui entraîne une véritable perte de chances.

99) Enquête nationale établie à partir d'un registre incluant dans 250 unités de soins intensifs de cardiologie tous les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde pendant une période d'un mois au dernier trimestre 2005.

Les patients ont aussi besoin d'informations pratiques sur les moyens mis en place en dehors de l'hôpital (demande exprimé par 41 % des patients interrogés par l'URCAM/URML de Midi Pyrénées). En effet, les trois quarts d'entre eux ne connaissent pas le numéro de téléphone du médecin de garde et un tiers seulement a le numéro de son médecin traitant en tête ou sous la main. Les tableaux de permanence sont peu diffusés, tous les médecins ne délivrent pas d'information sur la PDS sur leur répondeur. Cette carence explique en partie le recours téléphonique au 18 (les pompiers ont la préférence des appelants du fait de leur facilité d'accès et de leur rapidité d'intervention) et au 15.

Quelques régions ont commencé à prendre des initiatives pour faciliter l'orientation du patient, mais chacune travaille isolément alors que ce sujet devrait faire l'objet d'une action nationale.

c) Un meilleur partage de l'information

Les textes rendent obligatoires l'interconnexion entre le centre de réception et de régulation des appels géré par le SAMU (CRRA) et le centre de traitement de l'alerte des SDIS (CTA). Ils prescrivent l'information mutuelle lors du déclenchement des opérations et de leur suivi. Après une période de tensions, voire de conflits ouverts¹⁰⁰, la tendance générale est à l'apaisement et les conférences à trois (appelant, régulateurs des n°18 et 15) ainsi que les transferts d'appels se multiplient. Néanmoins l'efficacité de ce travail en réseau est limitée. La situation des équipements radio et informatique des centres 15 qui sont tributaires des budgets hospitaliers et des financements tant de l'Etat que des collectivités locales est très disparate et inégale. L'amélioration de leur niveau de fiabilité et de leur performance supposent un recours généralisé et ambitieux aux nouvelles technologies.

L'absence de système d'information formalisé, généralisé et partagé, ne permet pas de connaître les moyens opérationnels disponibles sur un territoire donné. Seule la région Haute Normandie en a créé un, dénommé « Réseau régional de l'aide médicale urgente » (RAMU).

100) Au Havre, en 2000, il avait été nécessaire de dépêcher une mission conjointe de l'inspection générale de l'administration (IGA) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour régler la situation.

Le RAMU

Etabli dans les locaux du SAMU du Havre, ce système d'information régional a pour objectif d'offrir à l'ensemble des acteurs de la chaîne des urgences (les SAMU de Rouen, du Havre et d'Evreux, les 10 SMUR de la région, les transporteurs sanitaires, les médecins libéraux assurant la permanence des soins, les services d'urgence publics et privés) un système d'information électronique commun. Il permet à chacun de disposer de données d'aide à la régulation, de mettre les trois SAMU en réseau pour permettre une suppléance de l'un d'eux par un autre, de mutualiser certaines fonctions, notamment la régulation libérale en deuxième moitié de nuit, dans un SAMU à tour de rôle. Le réseau permet de combiner l'accès aux ressources les plus spécialisées et le recours à des filières de proximité.

Les travaux en cours à la DHOS avec trois régions pilotes pour mettre en œuvre des projets d'articulation territoriale des urgences devraient permettre d'avancer en ce sens. Les échéances ne sont toutefois pas précisées.

d) Le retard de la finalisation des conventions tripartites

Des conventions tripartites liant les SDIS, les SAMU et les ambulanciers privés ont été rendues obligatoires par la circulaire interministérielle du 29 mars 2004 et devaient être conclues fin 2005.

Au 15 août 2006, 30 seulement avaient été signées. La cause la plus fréquente de ce retard est l'attitude des ambulanciers privés, souvent en concurrence entre eux, qui hésitent à définir secteurs, périodes et moyens de garde. Actuellement, la préparation de nombreuses conventions tripartites s'achève par des négociations bilatérales entre l'autorité préfectorale et les représentants des ambulanciers privés, tandis que SAMU et SDIS, déjà tombés d'accord, mettent en pratique leur entente sans attendre sa formalisation.

La signature de ces conventions n'est pas un gage de qualité. Certaines présentent des insuffisances, par exemple dans la répartition des missions respectives, la prise en considération des réalités locales, le respect des temps d'intervention et l'évaluation de la mise en œuvre, alors que, pour cette dernière, l'annexe de la circulaire interministérielle comporte des indications très pertinentes. D'autres contiennent de bonnes pratiques qui pourraient être diffusées, comme par exemple, la systématisation de la régulation médicale, quel que soit le lieu où se trouve la personne (voie publique, lieu public, domicile, lieu de travail), le recours accru à la conférence téléphonique à trois entre l'appelant, les régulateurs des n° 18 et 15, ce qui permet, dans bien des cas, un

désencombrement du 15, la présence d'un coordonnateur ambulancier au sein du centre 15 et la mise en place au niveau départemental de comités médicaux de suivi d'application des conventions.

3 - Le plan « Urgences » : un renforcement significatif des moyens des services d'urgence

Le plan « Urgences » a été élaboré en septembre 2003. Conçu comme un « plan global de modernisation de toute la chaîne des urgences », il a notamment permis des créations d'emplois importantes dans les services d'urgence, lesquels avaient déjà bénéficié entre 1997 et 2001 d'un effort conséquent.

Sur les 489 M€ prévus sur 5 ans (2004-2008), 330 M€ avaient été délégués fin 2005, dont près de 200 M€ versés aux établissements de santé publics pour renforcer les équipes des services d'urgence, des SAMU et des SMUR. Selon le bilan fourni par la DHOS en mai 2006, 2 321 postes ont été créés dans ces différentes structures en deux ans, dont 451 médecins et 942 infirmières dans les seuls services d'urgence. En moyenne les effectifs de chaque site ont augmenté de 3,6 équivalents temps plein (ETP).

Ce renforcement des effectifs est intervenu à un moment où la DREES, les ARH et les CRC observent « un relatif ralentissement » de l'activité des services d'urgence. L'absence d'outils d'information (voir supra) ne permet pas d'apprécier si les ressources disponibles sont adaptées aux besoins des services d'urgence ou non, ni de juger de l'équité de leur répartition.

Toutefois, les contrôles effectués par les chambres régionales des comptes montrent qu'il y a eu une réelle amélioration au niveau des moyens des services en personnel. Celle-ci s'est notamment traduite par l'organisation d'une présence continue d'un effectif considéré comme minimum, surtout dans les petites et moyennes structures. Mais cette amélioration quantitative n'a pas été accompagnée de mesures qualitatives permettant de mieux ajuster les effectifs présents au nombre des passages qui varie considérablement au cours de la journée et au cours de l'année.

L'absence d'indicateurs médicaux de référence ne permet pas de porter un jugement sur les effets du plan « Urgences » en termes de qualité de prise en charge des patients ou de renforcement des compétences des équipes médicales et paramédicales.

4 - La prise en charge des urgences vitales : des progrès à réaliser

A l'exception de l'étude déjà citée conduite sous l'égide de la société française de cardiologie (SFC) en octobre 2005 qui montre les progrès accomplis dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde en urgence (la mortalité globale a diminué entre 1995 et 2005 de 8,3 % à 4,3 %), les données objectives manquent pour juger de l'amélioration de la prise en charge des urgences vitales.

Les professionnels des urgences, et notamment le Pr. Marc Giroud, président de SAMU de France, estiment que des marges de progrès existent notamment pour les polytraumatisés (accidents de la route, accidents du travail) dont les chances de survie sont trop dépendantes du site où le blessé est transporté, et pour les personnes âgées.

La circulaire du 16 avril 2003 a mis l'accent sur l'organisation de filières directes permettant le transfert immédiat des patients présentant des pathologies spécifiques vers les plateaux techniques spécialisés les plus compétents. Les décrets du 22 mai 2006 préconisent la mise en place d'un réseau de prise en charge des urgences entre les établissements de chaque territoire de santé afin de favoriser cet accès direct, sans passage par les structures de médecine d'urgence.

La Cour a repéré un seul réseau de niveau infra régional permettant, à partir d'un établissement de santé, de créer une véritable filière d'urgence adaptée. Le réseau nord alpin des urgences, dit RENAU, concerne les départements montagnards de la Savoie, de la Haute-Savoie et de l'Isère. Il bénéficie du concours de 16 SAU (13 publics et 3 privés) et s'appuie, entre autres, sur le CHU de Grenoble. Il travaille depuis 2003 avec 80 médecins généralistes déjà formés à l'urgence par les SAMU, disposant d'une dotation de matériel performant de première urgence et de protocoles préétablis de soins d'urgence disponibles sur le site RENAU-RESURCOR. A ce jour, 48 médecins sur les 80 ont reçu une formation complémentaire et 30 dotations de matériel ont été distribuées.

Durant l'hiver 2003-2004, ce dispositif a sauvé 10 personnes sur 39 interventions (arrêt cardiaque et infarctus du myocarde). Il crée une véritable chaîne de survie et motive à nouveau des médecins généralistes pour effectuer des gardes et des urgences, avec une formation adaptée. Toutefois la faiblesse de rémunération des interventions de ces médecins correspondants de SAMU en raison du mode actuel de facturation (plafonnement du paiement des temps d'intervention au regard des temps réels) est susceptible de décourager les bonnes volontés.

II - Un fonctionnement à améliorer par une meilleure organisation

Les services d'urgence ont acquis en quinze ans un niveau d'équipement, de compétences et d'efficacité que beaucoup de pays peuvent envier à la France. Ces progrès incontestables ne doivent pas masquer les faiblesses persistantes du dispositif dans son ensemble, en amont et en aval des établissements de santé. La recherche d'un meilleur équilibre entre ce qui peut être pris en charge par la médecine de ville et ce qui doit être traité par l'hôpital n'a pas réellement abouti et les modalités d'une bonne orientation des patients doivent être améliorées. Des solutions existent : elles sont plus de nature organisationnelle et opérationnelle que financières.

A - Clarifier le pilotage au niveau régional

Les acteurs du système français des urgences médicales sont placés sous l'autorité respective de deux pôles de décision : la DHOS pour ce qui relève des établissements de santé et de l'offre de soins, et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour la médecine de ville, sans oublier le rôle des SDIS et indirectement de la direction de la défense et de la sécurité civile (DDSC). Cette segmentation ne favorise pas une bonne organisation des moyens, surtout au niveau territorial. Elle est parfois source de conflits, comme ce fut longtemps le cas entre les pompiers, les SAMU et les ambulanciers privés. Toutefois la signature le 29 mars 2004 par les ministres de l'intérieur et de la santé d'une circulaire commune relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente et la mise en d'un place d'un groupe d'appui paritaire chargé d'assister les préfets de département confrontés à des difficultés particulières et d'organiser les remontées d'informations ont constitué un facteur de progrès. Cette démarche, qui satisfait les parties, mérite d'être poursuivie et éventuellement amplifiée sous forme d'une coopération organique durable.

Au niveau régional, l'ARH est responsable de l'organisation de l'offre hospitalière et de la répartition des crédits budgétaires dans les établissements de santé. Au niveau départemental, le préfet est compétent pour moduler les secteurs de la permanence des soins selon les lieux et les périodes, réquisitionner les médecins, agréer les ambulanciers privés. Il veille à la bonne organisation des secours confiés aux sapeurs pompiers. L'assurance maladie, qui négocie au niveau national avec les médecins les modalités de financement de la permanence des soins (PDS), n'a qu'un rôle de proposition sur le découpage des secteurs.

Cette répartition des rôles n'est pas efficace : elle ne facilite pas la bonne articulation des maillons de la chaîne des urgences, ni la recherche d'une mutualisation des moyens de plus en plus nécessaire pour répondre à l'exigence de permanence dans un contexte de relative pénurie des moyens. Les instructions adressées par le ministre de la santé dans une circulaire aux préfets en octobre 2006, leur demandant de « resserrer » la sectorisation afin de garantir une meilleure couverture des secteurs dans un cadre financier plus rationnel confirment cette analyse.

La Cour estime qu'il convient d'affirmer la prééminence du niveau régional sur le niveau départemental et de s'appuyer sur les missions régionales de santé (MRS) créées par la loi du 13 août 2004.

Le rôle de l'autorité préfectorale au niveau départemental pourrait être conforté par son association à des instances comme les conférences régionales de santé et par l'instauration de modalités formalisées de consultation des acteurs.

B - Améliorer le fonctionnement des services d'urgence

Les urgences contribuent grandement à la réputation de l'établissement de santé. Cette reconnaissance conforte parfois des établissements dans leur volonté de maintenir une activité chirurgicale qui sans le recrutement de patients par le service d'urgence pourrait voir son existence remise en cause. Les CRC ont constaté que le service d'urgence pouvait être à l'origine de près de la moitié du nombre d'entrées en court séjour.

L'organisation des services est très hétérogène d'un établissement à l'autre. Pourtant c'est la qualité de cette organisation qui peut permettre d'améliorer le fonctionnement des services dans un contexte où les moyens en personnel ont déjà été considérablement renforcés.

1 - Moderniser les locaux

Les contrôles des chambres régionales des comptes ont permis de constater le caractère très disparate des situations et l'absence de mise aux normes de certains locaux. Certains établissements ont des locaux spacieux à circulation différenciée, d'autres des locaux exigus, vétustes, non réglementaires et à circulation indifférenciée. Le renouvellement des autorisations prévues pour le 31 mars 2007 devrait être l'occasion d'imposer, dans les délais impartis, le respect de ces textes par les établissements de santé.

La modernisation des services d'urgence est une priorité depuis 2002, mais elle s'effectue lentement sur le terrain. Les pouvoirs publics ont dégagé des moyens financiers dans le cadre de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) : 127 structures ont été rénovées pour un montant de 440 M€ Le volet immobilier du plan Hôpital 2012 devrait permettre de poursuivre cet effort de modernisation.

2 - Réduire les délais d'attente par une meilleure organisation des services

Les délais entre l'enregistrement du patient à son arrivée et son départ du service des urgences varient de près de 115 minutes à 355 minutes. Ces temps de passage sont comparables à ceux constatés à l'étranger. Les études conduites depuis 2003 par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) auprès de 17 sites d'urgence¹⁰¹ montrent qu'il n'y a pas de lien direct entre le niveau de ressources du service et le temps de passage du patient. Le niveau de qualification de l'équipe médicale est le facteur le plus déterminant : « *plus il est élevé, plus le temps de passage est court* ».

Les études mettent en évidence deux sources d'allongement des temps de passage : la réalisation d'un examen complémentaire et la recherche d'un lit d'hospitalisation le matin.

En comparant diverses organisations, la MEAH constate que les urgentistes peuvent améliorer la gestion des flux en mettant en place des circuits différents selon l'état des patients, en anticipant certaines prises en charge, en améliorant leur relation avec les services disposant de plateaux techniques (biologie, imagerie) et en se dotant de tableaux de bord. Elle a élaboré un recueil des bonnes pratiques constatées dans les services, des recommandations ainsi que des guides méthodologiques permettant à chacun de mener une réflexion sur son organisation. Des résultats significatifs ont déjà été obtenus dans plusieurs établissements.

Les chambres régionales des comptes ont observé des difficultés dans la gestion des lits destinés à la surveillance des patients. Dans près de la moitié des établissements contrôlés, des problèmes relatifs à ces lits sont relevés, soit parce que le service ne les a pas mis en place, soit parce qu'ils ne sont pas implantés à proximité des urgences, soit parce qu'ils ne fonctionnent pas en continu, ou encore parce qu'ils ont une durée moyenne d'occupation supérieure à celle prévue par les textes, c'est-à-dire 24 heures.

101) MEAH : Temps d'attente aux urgences. Rapport de synthèse, mai 2005, complété par un nouveau rapport intermédiaire de septembre 2006.

3 - La gestion de la sortie des patients

Le manque de lits d'aval est souvent mis en avant pour expliquer l'engorgement chronique des urgences. La réalité est plus nuancée : ce manque de fluidité résulte le plus souvent d'un excessif cloisonnement des services et de l'absence de concertation et de consensus au sein des établissements sur le nombre de lits devant être réservés aux urgences en priorité sur les hospitalisations programmées. Les constats faits par la MEAH montrent que « ni un nombre élevé de lits dans un établissement, ni leur disponibilité ne sont liés à des délais d'hospitalisation courts ; que les services qui présentent des écarts importants de taux d'occupation annuels sont ceux dont le délai d'hospitalisation est le plus long ; que plus les lits d'un établissement sont spécialisés, plus les délais d'hospitalisation sont longs ; enfin, paradoxalement, que le flux des patients hospitalisés depuis les urgences est moins irrégulier que le flux des patients hospitalisés directement dans les services ».

L'ARH d'Ile-de-France constate en 2005 que 30 % seulement des structures autorisées ont une gestion des lits performante et que 49 % ont formalisé une charte avec les services d'accueil. Elle conclut que « *sur les trois dernières années, le problème de la gestion de l'aval des urgences n'évolue pas et est insuffisamment pris en compte* ».

4 - L'adaptation des effectifs

Les contrôles des chambres régionales des comptes ont mis en évidence que l'encombrement des services d'urgence n'est ni permanent, ni général mais qu'il a un caractère périodique et localisé. L'analyse des flux journaliers en fournit une illustration. Ainsi, le plus souvent, on observe une plus grande affluence le lundi matin et dans les tranches horaires de 9 h-12 h et 16 h 30-20 h. Un réexamen systématique des moyens affectés le jour et la nuit permettrait de mieux adapter la présence des personnels aux flux des patients. L'ensemble de l'établissement doit s'engager dans la recherche de solutions partagées.

Pour les services à faible activité, seule une mutualisation des moyens entre les différents services de l'hôpital peut permettre d'organiser la présence continue d'un personnel qualifié.

C - Réduire les disparités entre les établissements

a) Les différences de taux d'hospitalisation ne sont pas justifiées

D'après les données fournies par la DHOS et relatives à 407 établissements de santé publics en 2005, le taux des patients hospitalisés après leur passage aux urgences varie selon les établissements : 108 d'entre eux ont un taux d'hospitalisation supérieur à 30 % parmi lesquels 50 ont un taux supérieur à 35 % et 14 un taux supérieur à 40 %. Ce constat ne fait l'objet d'aucune analyse par la DHOS ou par les établissements. Les ARH ne paraissent pas plus en mesure d'expliquer l'origine de ces différences, à l'exception de celle du Nord Pas de Calais qui a réalisé une étude spécifique pour comprendre les facteurs à l'origine des taux d'hospitalisation élevés de sa région. Selon cette étude, la lourdeur des pathologies constatées, le poids de la précarité et l'insuffisance de prévention en amont expliquent cette situation.

La surveillance de ce taux d'hospitalisation doit pourtant être considérée comme un élément du pilotage global des établissements de santé par les ARH.

b) - Les écarts de coût entre les établissements ne sont pas liés à leur activité.

La DHOS travaille à partir des « retraitements comptables »¹⁰² pour se constituer une base de données sur l'activité des services d'urgence et évaluer leurs coûts. Les données fournies à la Cour pour 2004 font apparaître des coûts moyens par passage très disparates. Ainsi dix établissements présentent un coût moyen inférieur à 100 € et douze un coût supérieur à 300 €. L'écart entre l'établissement le moins cher et le plus cher est de 1 à 13.

Si l'on analyse les 30 CHU, dont on peut considérer qu'ils constituent une catégorie plus homogène, la moyenne du coût par passage est de 262,86 €. Les disparités sont moins fortes : elles varient de 1 à 3 entre le moins cher (176,7 €) et le plus cher (573,09 €). Un classement des établissements en fonction du nombre de leurs passages montre que ces différences ne sont pas liées à leur activité.

102) Méthode qui consiste à isoler à partir des dépenses tirées des comptes administratifs des hôpitaux les charges liées à une activité, en l'occurrence ici celle des urgences.

Il est vrai qu'on ne peut tirer de ces chiffres de conclusions définitives. Un travail d'analyse plus fin de ces données reste à faire afin de comprendre les raisons des écarts constatés, qui peuvent être dus à des modalités d'imputations comptables différentes ou à des modes d'organisation moins efficaces.

c) - Les règles de facturation entre le secteur public et le secteur privé doivent être harmonisées.

Il n'existe à ce jour aucun texte réglementaire fixant les règles applicables au tarif dénommé accueil et traitement des urgences (ATU) et donc à la participation de l'assuré qui devrait l'acquitter.

Aujourd'hui encore, les hôpitaux ne procédant pas à la facturation individuelle contrairement aux cliniques, l'ATU n'est pas facturé au patient venant aux urgences et ne supporte donc pas le ticket modérateur. Cette distorsion de traitement n'est pas justifiée.

D - Mieux connaître et maîtriser les coûts

L'objectif de la tarification à l'activité (T2A) est de favoriser une plus grande efficacité de l'activité hospitalière et une meilleure connaissance des coûts¹⁰³. La complexité du modèle tarifaire retenu pour les urgences ne facilite pas sa réalisation.

1 - La complexité du système tarifaire

Les recettes des services d'urgence (hors SAMU et SMUR) proviennent de quatre sources différentes : une dotation annuelle dont le montant forfaitaire est fixé en fonction de seuils de fréquentation, dénommée forfait annuel pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences (FAU), destinée à rémunérer les dépenses de personnel et les charges de la structure ; un tarif par passage appelé ATU (accueil et traitement des urgences) ; une facturation complémentaire des actes médico-techniques (analyses de sang, radios, scanner ou IRM) ; enfin, le tarif forfaitaire par pathologie (GHS)¹⁰⁴ est appliqué au cas où les patients sont hospitalisés à la suite de leur passage dans le service d'urgence.

103) Rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2006 et rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) publié en juillet 2006

104) Les séjours hospitaliers sont classés par groupes homogènes de malades (GHM) auxquels correspondent des tarifs dénommés groupes homogènes de séjours (GHS).

La Cour s'interroge sur la justification de l'ATU puisque le montant du forfait annuel versé aux établissements de santé est modulé en fonction des passages aux urgences.

Par ailleurs, les SAMU et les SMUR sont financés dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette particularité ne paraît pas justifiée par des contraintes particulières, mais plus par des considérations d'opportunité. Il serait, en effet, possible de calculer un coût standardisé à partir de seuils d'activité et des moyens nécessaires à la régulation, comme cela a été fait pour les services d'urgence et d'en déduire un tarif forfaitaire pour l'intervention de ces services. La DHOS, dans sa réponse au rapport de la Cour sur la T2A¹⁰⁵, convient que « l'activité des SMUR est en effet plus facilement objectivable que celle des SAMU » et précise que le financement de ces structures fait l'objet d'un groupe de travail qui pourrait conduire à la création d'un tarif particulier.

Enfin une partie des charges liée au passage par les urgences d'un malade hospitalisé est valorisée dans le GHS : ce système est totalement opaque pour les établissements qui ne connaissent pas le détail des bases du calcul effectué par la DHOS.

La complexité du système tarifaire et l'éclatement du paiement des urgences entre plusieurs modalités de prise en charge sans relation entre elles ne facilite ni la maîtrise par les établissements ni la connaissance a posteriori des coûts réels.

2 - Un dispositif incitatif à la multiplication des actes

Le dispositif tarifaire, de l'avis même de la DHOS, « *incite au volume* ». La modulation du FAU à partir du nombre des ATU décomptés par les services d'urgence ne peut qu'inciter ces derniers à développer leur activité, plutôt qu'à promouvoir la recherche de solutions visant à diminuer leur flux. Ceci apparaît contradictoire avec l'objectif de développement de la permanence des soins et de désengorgement des services d'urgence.

Plusieurs études montrent que les suites nécessitées par les soins rendus aux urgences sont parfois gérées par les services de consultations externes, alors que, dans d'autres établissements, elles donnent lieu à des « reconvoctions » au sein même des services d'urgence. Le service médical de l'assurance maladie de l'Ile-de-France, comme l'URCAM de

105) Annexe au rapport d'information Assemblée nationale n° 3265 – 12 juillet 2006 – La réforme de la tarification des établissements publics de santé

Midi Pyrénées¹⁰⁶ ont observé un volume parfois important d'activité déclarée correspondant aux visites de patients convoqués pour des soins à distance de leur prise en charge initiale. Les CRC, comme la DREES ont également constaté que ces soins de suite peuvent constituer une part non négligeable de l'activité totale du service d'urgence.

Un rappel à l'ensemble des acteurs des règles de facturation applicables en fonction non pas du service d'accueil mais de l'activité exercée est nécessaire pour faire cesser de telles dérives.

3 - Une méconnaissance relative du coût global du dispositif

La connaissance du coût des urgences est une difficulté à laquelle les CRC comme la Cour se sont heurtées dans le cadre de leur enquête. Ce manque de lisibilité a des conséquences importantes, tant au niveau des établissements qu'au niveau national, car il ne permet pas aux pouvoirs publics, ni aux ARH de faire des choix éclairés.

a) Le coût des services d'urgence hospitaliers publics

Le coût des services d'urgence est calculé à partir des données issues des « retraitements comptables ». Toutefois ces retraitements ne permettent pas d'identifier l'ensemble des dépenses relatives à l'activité d'urgence. Par ailleurs, les analyses effectuées par les CRC mettent en évidence la difficulté des établissements à faire le lien entre leurs dépenses constatées et leurs recettes tirées de l'activité, du fait de l'éclatement du dispositif tarifaire et de l'insuffisance de la comptabilité analytique. Il est donc difficile de dire si le système de tarification retenu couvre bien, sans excédent ni insuffisance, le coût de fonctionnement des services d'urgence.

Le coût de la prise en charge des urgences estimé par la DHOS s'élève à près de 3,1 Md€ en 2004 pour les seuls services d'urgence publics. Il se décompose en 2,3 Md€ pour les services d'accueil et de traitement des urgences, 171 M€ pour les SAMU et 530 M€ pour les SMUR terrestres et hélicoptés. Pour les SMUR, ce montant n'inclut pas le coût des transports secondaires. Rapporté aux 14,6 millions de passages déclarés, ce coût global correspond à un coût moyen par passage d'environ 223 €

106) URCAM Midi Pyrénées 2004 : étude sur le contrôle des facturations dans les services d'urgence de soins privés.

L'activité d'urgence, comprenant les lits de surveillance pour les patients hospitalisés moins de 24 heures, représente plus de 12 % des dépenses liées au court séjour des établissements publics, (hospitalisation à domicile comprise), dont le montant est de 26,7 Md€

b) Le coût des services d'urgence des cliniques

La CNAMTS évalue pour le seul régime général à près de 125 M€ en 2004, soit 1 % de l'ONDAM des cliniques, les dépenses liées à leur activité d'urgence : 46,7 M€ pour les FAU, 19,4 M€ pour les ATU, 56 M€ pour les honoraires des médecins et 2,58 M€ pour les forfaits de petit matériel (FFM).

c) Le coût de la PDS

Le coût de la PDS est évalué par la CNAMTS à 320 M€ pour un peu moins de six millions d'actes, ce qui porte à 48 € le coût moyen de l'acte facturé dans ce cadre. Ce montant est un montant par défaut, car il n'inclut pas les coûts couverts par d'autres sources de financement (ex : fonds d'aide à la qualité des soins de ville, apport des collectivités locales).

La Cour partage les critiques de l'IGAS et de l'IGA sur le nouveau dispositif financier de la PDS¹⁰⁷:

- lourdeur des procédures et de la gestion des dispositifs du fait du maintien des diverses sources de financement qui existaient antérieurement (environ 20 M€) ;

- triplement du barème des astreintes, sans diminution du nombre des secteurs de garde arrêté en 2003, contrairement à l'objectif fixé par la CNAMTS. Selon le rapport IGAS/ IGA (p. 27) « le coût total de la PDS, que l'on peut estimer à 320 M€ pour un peu moins de six millions d'actes en 2005, pourrait atteindre, voire dépasser, les 400 M€ en 2006 à activité inchangée ». Ce chiffre n'a pas été contesté par la CNAMTS.

- coût élevé de la PDS en seconde partie de nuit (minuit /8 heures). Si les données fournies par la CNAMTS¹⁰⁸ pour les deux premiers mois de 2006 ne permettent pas de faire le lien entre l'astreinte payée et le jour où l'acte a été effectué et donc de calculer un coût moyen par acte réalisé,

108) IGAS/IGA : Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Mars 2006.

108 CNAMTS/DES/DEPAS : nombre d'actes payés par le régime général en janvier et février 2006.

elles confirment que le nombre d'actes effectués par astreinte de nuit profonde est faible : il est de 2,9 en moyenne en France entière, mais il s'échelonne de 0,09 dans l'Ain à 10,9 dans la Loire. Il suscite des interrogations sur la justification d'astreindre, à domicile, pour un coût relativement élevé, des médecins rarement sollicités.

La Cour estime que la possibilité donnée aux préfets de privilégier le recours aux moyens de l'hôpital, à partir de minuit, est une solution réaliste, qui doit être rapidement mise en œuvre.

————— **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS** —————

La France a construit progressivement depuis 1996 un système de prise en charge des urgences médicales reposant sur les établissements de santé. Les services d'urgence bénéficient en 2006 d'une bonne image auprès de la population. La formation des équipes chargées d'accueillir les patients, l'augmentation des effectifs, l'amélioration des locaux et de la régulation médicale téléphonique ont largement contribué à cette réputation.

Toutefois ce dispositif, trop centré sur l'hôpital, n'assure pas seulement la prise en charge des urgences vitales, mais répond de plus en plus à une demande de soins non programmés qui pourraient être assurés par d'autres services hospitaliers ou par la médecine de ville.

La Cour a constaté que les ajustements successifs apportés par les pouvoirs publics n'étaient pas encore à la hauteur des ambitions affichées, notamment par la circulaire du 16 avril 2003 qui, jusqu'à la parution des décrets du 22 mai 2006, constituait le texte de référence, y compris pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (2006-2010).

Les principales faiblesses relevées par la Cour sont les suivantes : absence d'un pilotage régional cohérent et opérationnel du système ; déficience des systèmes d'information ; insuffisance de l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital ; hétérogénéité de l'organisation des services, des pratiques et disparités des coûts ; manque de communication et d'éducation du grand public lui permettant une bonne orientation dans le système.

La Cour estime que l'amélioration de l'efficacité du dispositif dépend moins aujourd'hui de nouveaux moyens financiers que de mesures relatives à l'orientation des patients, à l'organisation des services et à la coordination de l'activité hospitalière avec celle de la médecine de ville.

Pour garantir une égalité de traitement de la population deux conditions doivent être réunies. La première est d'améliorer l'efficacité du maillage territorial actuel en faisant appel à l'ensemble des acteurs et en confiant la responsabilité de son organisation aux missions régionales de santé. La seconde est d'assurer une organisation performante des urgences vitales et des filières adaptées à la prise en charge de certaines populations, comme les personnes âgées. Les décrets du 22 mai 2006 énoncent les bases de cette organisation, qui doit reposer sur des réseaux de prise en charge des urgences.

Toutefois le pilotage du dispositif au niveau régional ne peut progresser sans la mise en place rapide d'un système d'information fiable et partagé qui permette de connaître de manière instantanée les ressources disponibles en lits et en compétences médicales. Les progrès réalisés dans ce domaine doivent être accentués. Des indicateurs permettant d'évaluer la qualité des prises en charge aux urgences doivent être définis et une analyse des disparités dans les coûts doit être menée afin d'en connaître les causes, et de prendre les mesures nécessaires pour le cas échéant les réduire. Ces outils sont indispensables aux agences régionales de l'hospitalisation et leur absence risque d'avoir des conséquences financières non négligeables dans la mesure où elle pourrait conduire soit à satisfaire à des demandes de moyens supplémentaires non justifiés, soit à maintenir des organisations n'offrant pas les garanties de qualité et de sécurité que la population est en droit d'attendre.

Sur le plan opérationnel, la Cour préconise trois axes d'amélioration : encourager les hôpitaux à travailler sur l'organisation interne de leurs services, la connaissance précise de leur activité et de leur coût ; entreprendre des actions de communication et d'éducation du grand public pour promouvoir le bon usage de la régulation téléphonique et la connaissance des différentes possibilités offertes en dehors de l'hôpital ; enfin simplifier les règles de financement et clarifier les modalités de facturation afin de faire cesser les pratiques déviantes.

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Le pilotage des urgences

La Cour souligne l'absence d'un pilotage régional cohérent et opérationnel du système. Il convient de préciser que l'organisation des urgences hospitalières, pré hospitalières et des soins non programmés relève de deux systèmes différents, l'un relevant de la médecine libérale, dont l'organisation est placée sous l'autorité du préfet, l'autre de la médecine hospitalière, relevant de la compétence des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Les deux systèmes relèvent en outre de modalités de financement distinctes, l'ONDAM pour la médecine de ville, et l'ONDAM hospitalier.

Des mesures visant à améliorer l'interface entre les deux systèmes ont été proposées par la DHOS, prenant acte de cette difficulté structurelle.

Aussi, afin de conforter la place des Missions Régionales de Santé (MRS), le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2007 leur donne une compétence renforcée en matière d'organisation de la permanence des soins. En effet, afin d'assurer la cohérence d'organisation entre médecine de ville et médecine hospitalière, elles seront chargées, d'une part, de la gestion à l'échelon local des crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, qui doit notamment financer, notamment les maisons médicales de garde (MMG), et ceci de manière pluriannuelle. A cet effet, les MRS sont également chargées de faire des propositions sur l'organisation de la permanence des soins.

Enfin, dans un autre domaine, les MRS reçoivent obligation de mettre en œuvre chaque année un programme de gestion du risque portant sur les prescriptions hospitalières en ville, poste très dynamique d'évolution de la dépense d'assurance maladie.

L'orientation des patients et la coordination entre les services d'urgence et la permanence des soins libérale

La Cour estime d'autre part que l'efficacité du dispositif dépend moins de nouveaux moyens financiers pour les services d'urgence, le plan urgence ayant largement contribué à renforcer les moyens de ces services, que de mesures relatives à l'orientation des patients, et à la coordination de l'activité hospitalière avec celle de la médecine de ville.

Concernant l'optimisation de l'orientation des patients en amont des structures d'urgence hospitalières, au delà des éléments déjà cités dans le rapport, il convient de mettre l'accent sur les points suivants :

- Afin d'améliorer la lisibilité du système pour les usagers, une campagne d'information et de communication sur le « bon usage du 15 » est en cours de préparation et sera lancée à la fin de premier trimestre 2007.

- Parallèlement, **un renfort du nombre de permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM)** au sein des SAMU a été annoncé par le ministre en mai 2006. Une évaluation en cours du plan urgence à mi parcours, réalisée dans l'ensemble des régions par le Dr Jean-Yves Grall, conseiller général des établissements de santé, permettra de mesurer à la fois l'effet des précédentes mesures et les besoins restants, résultant notamment de la progression du nombre d'appels aux SAMU, compte tenu des évolutions de la permanence des soins ambulatoires. Les crédits seront affectés en conséquence.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) prend acte des recommandations de la Cour qui incite à regrouper les régulations libérales et hospitalières au sein des SAMU centre 15. La DHOS estime en effet que ces regroupements présentent de nombreux avantages aussi bien pour l'usager qu'en ce qui concerne l'efficacité et l'optimisation du fonctionnement, et notamment pour la mutualisation des effectifs de PARM.

- Pour garantir une meilleure réponse aux demandes de soins non programmés des usagers à des périodes où l'accès à un médecin généraliste pose encore des difficultés dans certains départements, un décret relatif à l'organisation de la permanence des soins ambulatoire, examiné le 22 novembre par le Conseil d'Etat est en cours de publication. Ce décret permet de donner aux préfets une plus grande souplesse dans l'organisation de la permanence des soins, en y incluant si nécessaire le samedi après-midi et les différents ponts, notamment celui de l'Ascension.

Il est d'autre part possible d'étendre la participation des médecins libéraux à la régulation au sein du SAMU au-delà des horaires de permanence des soins.

Enfin, le projet de décret intègre également des modifications quant à la composition du CODAMUPS, en y associant des représentants des pharmaciens d'officine et des urgentistes des établissements privés. Ceci doit permettre d'améliorer l'articulation de la permanence des soins avec l'ensemble des acteurs du système de soins.

- Ainsi qu'il l'a déjà été évoqué, les préconisations du rapport du Dr J.Y Grall sur les MMG seront prises en compte. Afin de garantir la pertinence de leur implantation et la pluriannualité de leur financement par le FIQCS, une circulaire est en cours de finalisation par la DHOS. Elle précisera les conditions d'implantation, sous la responsabilité du préfet, en lien avec le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS), et les propositions de la MRS.

Le réseau des urgences

Le maillage du territoire est renforcé, dans les zones isolées, par le dispositif de médecins correspondants du SAMU, qui permet d'assurer un relais pour la prise en charge de l'urgence vitale en attendant l'arrivée d'un SMUR.

D'autre part, concernant la prise en charge des patients qui se présentent aux urgences, il convient de souligner que les décrets n°2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence font du réseau des urgences l'élément central de l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences. Ce réseau permet à la fois d'organiser les flux de patients en proximité, et également d'assurer le recours vers des plateaux techniques adaptés dans le cadre de la gradation des soins à l'échelle régionale. Une circulaire est en cours de finalisation sur ce sujet.

Les filières gériatriques

En outre, la mise en place de **filières gériatriques** est une priorité des pouvoirs publics, qui se sont attachés depuis plusieurs années à assurer leur développement. En effet, la filière de soins gériatriques répond à l'exigence d'une prise en charge spécifique pour les personnes âgées, du fait de leur polyopathie et des risques de dépendance et de décompensation. Cette prise en charge doit être assurée par des équipes pluridisciplinaires formées à la gériatrie.

La circulaire du 18 mars 2002 a initié cette politique autour de trois axes : le renforcement de l'accès à des soins de proximité, le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admissions courtes, l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée (soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile). Le volet gériatrique du plan urgences a permis de renforcer le potentiel de lits de court séjour gériatrique et de renforcer la compétence gériatrique. En effet, 207 services de courts séjours gériatriques sont recensés au 31 décembre 2005, correspondant à 5063 lits ainsi que 134 équipes mobiles de gériatrie. 76 établissements disposent à la fois d'un service de court séjour gériatrique et d'une équipe mobile.

Le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) 2007-2011 annoncé en juin 2006 a confirmé cette politique. Le PSGA prévoit l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées et dans ce cadre la mise en place, sur chaque territoire d'une filière gériatrique disposant de personnel formé à la prise en charge de patients âgés et comprenant notamment un court séjour gériatrique.

La mise en œuvre des SROS III concourra à la réalisation de cette politique. La majorité des volets des SROS III consacrés aux personnes âgées retiennent en effet la constitution de filières gériatriques complètes en affirmant la place centrale qu'y tiendra le court séjour gériatrique, à partir duquel pourra essaimer la compétence gériatrique tant sous la forme d'équipes mobiles que de consultations avancées, afin notamment de favoriser la continuité des prises en charge entre le sanitaire et le médico-social.

Une grande disparité d'organisations au sein des établissements de santé

Lors de la conférence de presse donnée le 23 mai 2006 à l'occasion de la publication des décrets urgences, le ministre a invité les établissements à travailler sur l'organisation interne de leurs services, dans l'esprit des travaux engagés par la MEAH auprès d'une centaine d'établissements.

D'autre part, en réponse aux remarques de la Cour page 20, une attention particulière a été portée aux structures d'urgence dont l'activité est modérée, c'est-à-dire inférieure à 8000 passages annuels, conformément à l'arrête du 12 juillet 2006. Le décret du 22 mai 2006 préconise en effet que soit mise en place une fédération médicale inter hospitalière avec une structure dont l'activité est plus importante, afin de favoriser la mutualisation des pratiques et des temps médicaux. Il est en outre recommandé de mutualiser les équipes de la structure des urgences et celles du SMUR, notamment la nuit, le relais étant assuré par des médecins de l'établissement si l'activité aux urgences le nécessite.

De plus, une étude a été confiée au Dr Mardegan afin de mettre en place des indicateurs permettant de mesurer l'impact du plan urgence, en termes de qualité du service rendu à l'usager et en termes d'optimisation de l'organisation des équipes médicales et soignantes. Le choix des indicateurs doit être validé par un comité technique de pilotage le 1^{er} février 2007, sur la base d'une revue de la littérature et de nombreux entretiens réalisés avec les professionnels des urgences au cours de l'automne 2006.

Parallèlement, et dans le cadre du réseau, la qualité des organisations mises en place dans ce cadre fera l'objet d'un suivi régulier grâce aux fiches de dysfonctionnements qui s'inscrivent dans le suivi global de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Les outils sont en cours de développement afin d'améliorer la performance des systèmes d'information, et notamment la mise en place du répertoire opérationnel des ressources, prévu dans les décrets relatifs à la médecine d'urgence du 22 mai 2006. Il convient sur ce point de préciser que les recueils chronologiques seront généralisés grâce à l'informatisation des structures des urgences, qui doit être opérationnelle pour l'ensemble des structures en 2008.

La simplification des règles de financement et la clarification des modalités de facturation afin de faire cesser les pratiques déviantes

La Cour s'interroge sur l'existence d'un ATU, qui valorisant le passage est très incitatif au développement de l'activité.

La Cour des Comptes estime en effet que la complexité du modèle tarifaire ne facilite pas la réalisation de l'objectif d'amélioration de l'efficacité et de meilleure connaissance des coûts. Or, simplifier le modèle reviendrait à renoncer à l'un ou l'autre des objectifs qui le sous-tendent.

Ainsi, les modalités de financement doivent :

- être adaptées à tous les établissements, qu'ils aient une activité très importante ou très peu d'activité,*
- être équitables, c'est à dire tenir compte des volumes mais aussi de l'obligation de permanence*
- suivre au plus près les variations d'activité,*
- être communes à l'ensemble des deux secteurs*
- préserver un accès aux soins identique dans chaque établissement.*

Pour être plus précis, plusieurs éléments ont guidé les choix :

a) Le financement des services d'urgences

Le modèle combine un forfait annuel et un tarif par passage, ces deux éléments de rémunération ayant vocation à couvrir l'ensemble des charges, fixes et variables, du service d'urgence. Par ailleurs, la consommation d'actes médico-techniques donne lieu à facturation

Il fallait s'assurer que tous les services autorisés, quelle que soit leur activité avaient les moyens de fonctionner, et donc d'assurer la permanence. La nécessité d'un forfait de base (FAU) était claire. Dans la mesure où, pour tous les motifs cités dans les rapports et en particulier celui de l'incitatif au volume, il n'était pas souhaitable de trop valoriser l'ATU, il a été décidé de faire porter par le FAU la majeure partie du financement des moyens mis en place, et dans ce cadre, de le moduler par palier en fonction de l'activité développée.

Dans le même objectif, compte tenu de la difficulté à s'assurer du caractère programmé ou non d'une hospitalisation, et afin d'éviter des comportements visant à faire des urgences le passage obligé avant hospitalisation, l'ATU n'est pas facturé lorsque le malade est hospitalisé.

b) Le financement des SAMU et SMUR

Il a été décidé, dans un premier temps de financer ces dépenses sur la base des coûts observés dans le cadre des MIGAC, et secondairement, comme pour chaque item constituant les MIG, de se doter d'indicateurs permettant un financement en rapport avec l'activité. Deux sujets donc dans cette réflexion sur le modèle : le maintien de tout ou partie des financements dans les MIG et les montants attribués à chacune des parties de ce modèle.

Une réflexion a été engagée au sein de la MT2A et de la DHOS pour forfaitiser l'activité de SMUR terrestre (ce forfait pouvant rester en MIGAC ou sortir des MIGAC, en étant géré comme le forfait urgences). Cette option paraît possible pour une activité de ce type, bien cadrée dans ses missions, et faisant l'objet de normes de fonctionnement publiées. L'axe le plus robuste paraît être la corrélation existant entre le nombre de lignes de garde et le nombre de sorties.

Le modèle de financement proposé pourrait ainsi associer :

- un forfait de base jusqu'à X sorties, correspondant au financement d'1 ligne de garde,
- une incrémentation du forfait en fonction du nombre de sorties : 0,5 ligne de garde financée supplémentaire pour Y sorties supplémentaires ;
- à cela, s'ajouterait un tarif à la sortie, calculé au coût marginal, pour couvrir les frais variables (essence, médicaments...).

Mais comme le fait remarquer la Cour sur le précédent chapitre du financement des urgences, plusieurs questions sont à résoudre :

Faut-il raisonner en sorties primaires ou en sorties totales ? Faut-il neutraliser les transports intra-hospitaliers ?

L'attribution d'un forfait fonction du nombre de sortie (effet seuil) avec ou sans tarif "à la sortie" même au coût marginal, ne risque-t-il pas « d'inciter à la sortie » par SMUR lorsqu'un autre mode de transport est possible, et de contrevenir aux efforts d'une bonne régulation des appels ?

Des correctifs pourraient être apportés, en analysant certains taux pour chaque site : nombre de sorties/habitants sur la zone d'attraction (dont la définition reste parfois délicate cependant), nombre de patients hospitalisés après SMUR/nombre de sorties, nombre de demi-heures/sortie, nombre de sorties/nombre d'affaires traitées par le SAMU. Ces ratios permettraient d'évaluer ex post si le nombre de sorties observé est cohérent. Un site s'écartant des taux moyens nationaux pourrait voir son forfait évoluer à la baisse éventuellement, mais on voit bien que là, le modèle se complexifie ...

Un dispositif tarifaire incitatif à la multiplication des actes

Par construction, un modèle de financement fondé sur l'activité comporte un risque d'incitation au développement de celle-ci. C'est la raison pour laquelle, outre le dispositif de régulation prix volume mis en place en même temps que la réforme du financement, il a été instauré un système de contrôle destiné à identifier et corriger les éventuelles dérives. En outre, le caractère mixte du mode de financement tel que décrit ci-dessus atténue le risque évoqué. Il convient par ailleurs de préciser que la « re convocation » d'un patient à la suite d'un passage aux urgences, exemple cité par la Cour et dont il faut préciser qu'il ne représente que 5% des passages aux urgences, ne saurait donner lieu à paiement d'un ATU : ce forfait ne peut être facturé que dans le cas où des soins non programmés sont délivrés au patient, or des soins dispensés à la suite d'une re convocation du patient dans le service d'urgence sont par définition programmés. Si des pratiques contraires à cette règle sont constatées à l'occasion des contrôles, ceux-ci permettront d'apporter les corrections nécessaires.

Une distorsion de traitement non justifiée entre le secteur public et le secteur privé au regard de la participation de l'assuré

Il résulte de la réforme du financement des activités qu'à l'hôpital le patient acquitte le ticket modérateur sur les actes mais pas sur le forfait ATU. Dans les établissements antérieurement financés par dotation globale, les charges liées aux passages aux urgences étaient jusqu'au 1er janvier 2005 couvertes par la dotation globale et les tarifs journaliers de prestations servant de base au calcul de la participation des assurés. Avec la mise en œuvre de la T2A, les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation en MCO dans l'établissement, donnent lieu à facturation d'un ATU pour la part prise en charge par l'assurance maladie (à hauteur de la fraction du tarif et du taux de conversion, le reste étant couvert par la dotation annuelle complémentaire, la DAC).

En revanche, dans l'attente d'une réforme du ticket modérateur afin qu'il n'y ait pas un transfert de charges des assurés vers l'assurance maladie du fait de la réduction du périmètre des charges couvertes par les groupes homogènes de séjour (GHS) par rapport aux TJP la participation de l'assuré, lorsqu'elle existe, reste, quant à elle, pour toutes les activités, comprise dans les recettes de ticket modérateur perçues à l'occasion des séjours. C'est le cas notamment de l'urgence : qu'il s'agisse du forfait annuel ou de l'ATU, le ticket modérateur est calculé en 2005 et 2006 sur le produit des tarifs journaliers de prestations par la durée de séjour. Dès lors, jusqu'à la réforme de la participation de l'assuré, aucun ticket modérateur calculé sur la base de la prestation ATU ne doit être facturé aux patients pris en charge dans les établissements antérieurement sous DG.

Cette situation induite par les dispositions transitoires d'application de la tarification à l'activité, ne pourra être corrigée que quand la réforme du ticket modérateur permettra de calculer la part exacte de l'assurance maladie et du patient pour chaque prestation. Ce n'est qu'à cette condition que pourra être mise en œuvre la facturation directe.

Dans les cliniques, l'ATU était déjà avant la mise en place de la T2A, une prestation qui faisait l'objet d'une participation de l'assuré.

Le coût des services d'urgences est relativement mal connu

Le relevé de conclusions mentionne néanmoins les sources d'informations dont dispose la DHOS, à savoir les « retraitements comptables » qui permettent pour l'ensemble des établissements antérieurement sous dotation globale d'isoler les charges imputables aux urgences (section d'imputation 1C) d'une part, et aux SAMU et SMUR d'autre part. Cette distinction analytique se justifie par le fait que les activités concernées sont elles-mêmes distinctes sur le plan de l'organisation et relèvent de modes de financement différents ; elle n'empêche aucunement d'avoir une vue exhaustive des coûts afférents.

Il convient également de mentionner les travaux du « groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière » (GCAH) à partir desquels sont calculés les coûts unitaires des passages aux urgences, des interventions du SMUR et des affaires traitées par le SAMU.
