



# LIVRE BLANC

## LIVRE BLANC

Organisation de la médecine d'urgence en France :  
un défi pour l'avenir

*Les propositions de Samu-Urgences de France*



***Voir les structures  
de médecine  
d'urgence comme  
une solution et  
non comme un  
problème !***

**François BRAUN**  
*Président de SUdF*

# État des lieux (2014)

- **Plus de 33 millions de dossiers médicaux**
  - **102 Samu-Centre 15** : 31 millions d'appels / 13 millions de dossiers
  - **428 Smur** (700 équipes + 42 HéliSmur) : 800 000 interventions
  - **655 SU** : 18,6 millions de passages et 1,6 millions d'hospitalisations en UHCD / 4443 lits
- **Une évolution par crises successives**
  - *Traumatologie routière*
  - *Rapports « Steg », « Grall » ... quadripartite ...*
  - *Canicule, grippe ... attentats ...*

# Les outils actuels de réponse (1)

- Le Samu-Centre 15 (+ 31% de DRM) : 102 Samu-Centre 15.
- Les Smur (+ 12%) : réduire l'intervalle libre médical (MCS)

Nombre d'interventions	1-500	500-1000	1000-1500	1500-3000	3000-4500	4500-6000	6000-9000	>9000
Nombre de Smur	80	129	63	85	37	12	11	10

- Les SU (+ 29%)

Nombre de passages	1-10000	10000-20000	20000-30000	30000-40000	40000-50000	50000-75000	>75000
Nombre de services	69	220	141	78	59	66	24

# Les outils actuels de réponse (2)

Sorties SMUR (1R + 2R, Adultes +Ped) par entité géographique													
Passages aux urgences (Adultes + Ped) par entité géographique	Entités Géographiques ex DG	Pas de SMUR	]0;500]	]500;1000]	]1000;1500]	]1500;2000]	]2000;3000]	]3000;4000]	]4000;5000]	]5000;6000]	> 6000	Total général	
	Pas d'Urgences		28	13	3	2	2		1	1			50
	]0;10000]	21	26	5									52
	]10000;20000]	30	50	56	6	2	1						145
	]20000;30000]	30	5	42	20	7	3		2				109
	]30000;40000]	6	1	11	18	14	9	1	2	1	1		64
	]40000;50000]	8	1	3	11	9	12	5	2	2	4		57
	]50000;60000]	7			4	7	13	4	4	1			40
	]60000;70000]	2			2	1	3	3	2	2	3		18
	]70000;80000]	2		1		1	4	2	2	3	4		19
	]80000;90000]	2			1		2	1	2		1		9
	]90000;100000]	1							1				2
	]100000;110000]									2	1		3
	]110000;120000]									1	1		2
	<b>Total général</b>	<b>109</b>	<b>111</b>	<b>131</b>	<b>65</b>	<b>43</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>15</b>		<b>570</b>

Champ : Etablissements ex DG avec activité urgences et ou SMUR (général, adultes, pédiatriques)

Source : SAE 2013 consolidée



# Les outils actuels de réponse (3)

- La « défaillance » de la médecine générale (CNOM)
  - Lors des horaires de PDSA
  - Hors PDSA
- SOS Médecins : une réponse urbaine !
  - 2,5 millions d'actes / 4 millions d'appels
- La réponse toxicologique d'urgence
  - 180 000 dossiers pour 9 CAP mutualisés
- Secours et soins : une complémentarité exemplaire
  - 80 % de l'activité des SP relève du SAP
  - mais seuls 15 % de l'activité du Samu-Centre 15 concerne les SP

## Le dispositif de médecine libérale ne permet plus de répondre aux besoins

- Plus de 20% des patients déclarent venir aux urgences par défaut (absence d'autre solution), l'absence du médecin traitant étant citée par 6% des patients et l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires par 5%. (DREES)
- *« même si ... l'enquête démontre que les médecins ont globalement fait face à leurs responsabilités envers la population, de nombreux indicateurs laissent à penser qu'à moins d'une remise à plat et de réelles concertations entre les responsables des schémas d'organisation (Etat, ARS) et les acteurs de terrain, la situation pourrait se dégrader. »* (CNOM – 2014)
- *« la complémentarité avec les services d'accueil des urgences devra également se renforcer, toute mise en concurrence entre les systèmes étant à bannir ».* (CNOM – 2014)
- Si la réponse à la demande de soins urgents non programmés lors des horaires de PDSA est insuffisante, elle est au moins organisée mais, en dehors de ces horaires, trouver un médecin généraliste disponible s'apparente à un « parcours du combattant ».

# L'évolution des besoins de santé d'urgence

- Relative stabilité des urgences vitales
- Déclin de la traumatologie routière ...
- Nouvelles priorités
  - Pathologies cardio-vasculaires et neurologiques
  - Complications aiguës des cancers et pathologies chroniques
- Nouveaux contextes
  - Vieillesse, Handicap, Exclusion sociale, Isolement des personnes âgées, HAD, Précarité et phénomènes migratoires ...
- Exigence des patients et de la société
- Urgences et SSE
- Urgence psychiatrique
- Concentration de l'offre de soins spécialisés
- Les urgences comme dispositif anticrise

# Les évolutions du système de santé

- **Épidémiologique**
  - Vieillesse, Handicap ...
- **Géographique**
  - Mouvements de population, concentration des plateaux techniques ...
- **Sociétale**
  - Faire vite mais surtout aussi faire bien ! Perte de chance. Evolution des techniques médicales
- **Démographique**
  - Quantitatif et qualitatif
  - Devenir, être et rester urgentiste



# L'Urgence ...

- « *phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend ou inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage* »
- « *l'absence d'offre (de soins) adaptée constitue l'urgence. A contrario l'existence d'une offre structurée exclut les situations concernées du champs de la médecine d'urgence* »
- **AINSI :**
  - **C'est le patient qui définit « son » urgence**
  - **L'impossibilité de trouver une réponse induit l'urgence**

# La Médecine d'Urgence ...

- Discipline (spécialité) **hospitalière** qui s'exerce exclusivement en structure de médecine d'urgence
- **Polyvalence** des patients, des pathologies, de l'exercice
- Construite autour du **Juste Soin ...**
  - **Qualifier**
  - **Agir**
  - **Orienter**
- ... dans une contrainte temporelle.

# L'Urgentiste ...

- Un médecin spécialiste
- Dont l'exercice s'organise autour de deux composantes distinctes (et complémentaires)
  - Du travail posté (Samu-Centre 15, Smur, SU, UHD)
  - Du travail non posté.

# Ne pas répondre aux problèmes de demain avec les solutions d'aujourd'hui !

- Le recours aux SMU augmente et continuera à augmenter ...
- La réponse hospitalière actuelle est construite sur une organisation qui n'est plus adaptée ...
- **Le département, la région, ne sont plus en adéquation avec les territoires de santé ...**
- Le patient est de plus en plus un acteur de son parcours de soins
- Des professionnels de santé moins présents ...



# et demain ?

Le passage par une structure de médecine d'urgence ne doit plus être envisagé comme un accident de parcours mais bien comme un élément essentiel du parcours de soins.

# Construire la MU de demain

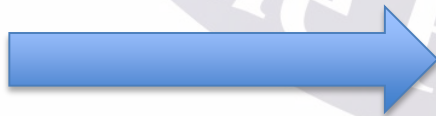
## - *de nouveaux outils* -

- Une **régulation médicale** au sein d'une plate-forme **SAMU-SANTÉ-113** garant d'une réponse personnalisée de qualité, basée sur des arguments médicaux, en cohérence avec la politique de santé.
- Un maillage territorial des **SMUR**, garant des soins urgents en moins de 30 minutes, basé sur de équipes terrestres, des HéliSmurs et une réponse de proximité (MCS).
- Des **SU** labellisées, appuyées sur des établissements de soins (proximité / appui / recours)

# Construire la MU de demain

## *Samu-Santé-113*

- **la régulation médicale de l'aide médicale urgence** qui reste le « cœur de métier »,
- la régulation médicale des crises sanitaires,
- la réponse toxicologique d'urgence,
- la régulation médicale de la pérennité des soins en médecine générale,
- la régulation médicale des demandes de transports sanitaires urgents,
- la régulation médicale des urgences psychiatriques, gériatriques,
- la régulation médicale des urgences médico-sociales,
- la régulation médicale des transferts périnataux.
- La coordination des réseaux de télé-médecine



*Une interface :*

- *entre les PF Samu-Santé 113*
- *avec les PF Secours-112*

# Construire la MU de demain

## *organisation de la réponse pré-hospitalière*

- Maillage « validé » des Smur terrestres (ex : FC)
  - Pré-identifier les risques de « non réponse »
  - S'assurer de la conformité des équipes
- Une politique cohérente des HéliSmurs
  - Un maillage « double »
  - Une « mission de santé »
- Un renforcement de la réponse de proximité (30 minutes)
  - MCS
  - Médecin du 2SM « MCS like »



# Construire la MU de demain

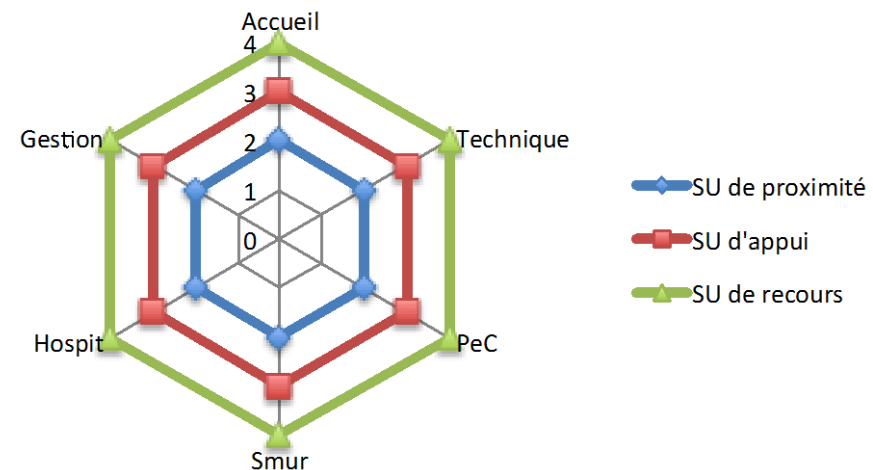
## *labellisation de la SU*

- une ouverture 24/7
- la présence d'un médecin diplômé en médecine d'urgence 24/7
- la présence d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) conforme aux recommandations professionnelles,
- la présence d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) conforme aux recommandations professionnelles et réglementaires,
- la présence d'un « poste d'accueil et d'orientation (PAO) » tenu, 24/7 par un IOA ou un MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation)
- une hélisurface ou à défaut une zone de poser pour HéliSmur, dans l'enceinte de l'établissement, et si possible à proximité immédiate de la SU.
- une formalisation de l'accueil des enfants
- une formalisation de l'accueil des urgences psychiatriques
- une formalisation de l'accueil des urgences médico-sociales,
- la possibilité de réaliser, 24/7, les examens d'imagerie médicale courants ainsi qu'une échographie d'urgence (type FAST écho) et des examens tomographiques (scanner).
- la possibilité de réaliser, 24/7, les examens de biologie d'urgence

# Construire la MU de demain

## *qualification des établissements*

- **A** : accueil et prise en charge des urgences
- **T** : plateau techniques
- **P** : prises en charges chirurgicales et spécialisées
- **S** : activité Smur
- **H** : hospitalisation
- **G** : gestion des lits (« *bed management* »)



# Construire la MU de demain

## *les critères SUdF (1)*

- **A** : accueil et prise en charge des urgences
  - **0** : pas d'accueil des urgences organisé
  - **1** : accueil des urgences uniquement sur régulation médicale ou intermittent
  - **2** : accueil 24/7 hors urgences vitales ou spécialisées
  - **3** : accueil 24/7 hors urgences spécialisées
  - **4** : accueil 24/7 de tout type d'urgence
- **T** : plateau techniques
  - **0** : pas de biologie, pas de radiologie, pas de monitoring
  - **1** : biologie délocalisée, ECG, monitoring, imagerie à proximité
  - **2** : imagerie et biologie courantes disponibles sans délai
  - **3** : imagerie et biologie courantes 24/7
  - **4** : imagerie et biologie spécialisées
- **P** : prises en charges chirurgicales et spécialisées
  - **0** : pas de médecin urgentiste (médecin généraliste)
  - **1** : médecin urgentiste 24/7
  - **2** : télé-médecine pour un avis spécialisé – chirurgie organisée
  - **3** : présence chirurgicale et spécialisée partielle
  - **4** : présence chirurgicale et spécialisée 24/7

# Construire la MU de demain

## *les critères SUdF (2)*

- **S** : activité Smur
  - **0** : pas de Smur
  - **1** : pas de Smur sur place mais couverture Smur par un autre établissement en moins de 20 minutes
  - **2** : Smur sur place mais pas 24/7 (saisonnier ...)
  - **3** : Smur 24/7
  - **4** : Smur et plate-forme Samu-Santé-113
- **H** : hospitalisation
  - **0** : consultation sans hospitalisation d'aval possible
  - **1** : hospitalisation d'aval des urgences protocolisée dans un autre lieu
  - **2** : UHCD seule
  - **3** : service de médecine, de chirurgie et USC (ou réanimation) polyvalente
  - **4** : médecine toutes disciplines, chirurgie toutes disciplines, USC, réanimations spécialisées.
- **G** : gestion des lits (« *bed management* »)
  - **0** : pas d'hospitalisation d'aval, gestion des lits non justifiée
  - **1** : pas de gestion des lits au niveau de la SU
  - **2** : gestion des lits limitée à l'aval des urgences et gérée par le personnel de la SU
  - **3** : cellule de gestion des lits, indépendante de la SU, fonctionnant aux heures ouvrables et gérant l'aval des urgences
  - **4** : cellule de gestion des lits, indépendante de la SU, fonctionnant 24/7, gérant tous les admissions de l'établissement

# Construire la MU de demain

## *classer les établissements (1)*

- **Etablissement avec un plateau technique d'urgence de proximité :**
  - **A2** : peut recevoir toute urgence en entrée directe ou après régulation médicale, prise en charge des situations simples et stabilisation des situations graves et/ou complexes.
  - **T2** : Imagerie conventionnelle + échographie + scanner sur place (éventuellement télé-imagerie pour l'interprétation), biologie sur place (délocalisée) et/ou par convention.
  - **P2** : Urgentiste sur place 24/7, avis spécialisé à distance (télé-médecine) et organisation des prises en charge chirurgicales formalisée.
  - **S2** : accès à un Smur en moins de 20 minutes
  - **H2** : UHCD ouverte 24/7
  - **G2** : gestion de l'aval de la SU par un cadre de santé rattaché aux urgences
- **Etablissement avec un plateau technique d'urgence d'appui :**
  - **A3** : prise en charge de toutes les urgences hors filières spécialisées. Circuits organisés, large SAUV
  - **T3** : imagerie conventionnelle, échographie et scanner 24/7, biologie médicale sur place 24/7
  - **P3** : chirurgie viscérale et traumatologique 24/7, cardiologie, pédiatrie et neurologie
  - **S3** : présence 24/7 et organisation des transferts inter-hospitaliers
  - **H3** : UHTCD, unité de soins continus ou de réanimation polyvalente.
  - **G3** : gestion de l'aval des urgences par une cellule indépendante de la SU, directement rattachée à la Direction générale de l'établissement et au président de la CME. Hors heures ouvrables, cette gestion est organisée pour répondre à la demande de la SU

# Construire la MU de demain

## *classer les établissements (2)*

- **Etablissement avec un plateau technique d'urgence de recours :**
  - **A4** : prise en charge de toute urgence y compris au sein de filières spécialisées spécifiques
  - **T4** : Imagerie conventionnelle et spécialisée 24/7 (IRM, imagerie vasculaire), biologie médicale sur place 24/7
  - **P4** : toute chirurgie (dont pédiatrique) et activités spécialisées, service de référence (CTB, traumatisé grave, chirurgie cardiaque, de la main ...)
  - **S4** : SMUR 24/7 avec prise en charge des transferts inter-hospitaliers, plateforme Samu-Santé « 113 » au sein de l'établissement ou lien contractuel avec cette plate-forme.
  - **H4** : toutes disciplines médico-chirurgicales, obstétrique, réanimations spécialisées.
  - **G4** : cellule de gestion des lits et admissions au sein de l'établissement fonctionnant 24/7

# Construire la MU de demain

*- de nouveaux outils -*

- Une PDSA qui évolue pour faire face aux besoins en une « Pérennité des Soins »
  - Mission de service public
  - Pacte territoire-santé
  - Contrat territorial de santé

# « les fausses-bonnes idées »

- N°1 : créer des plates-formes uniques 15-18
- N°2 : remplacer les médecins Smur par des paramédicaux
- N°3 : trop de gens viennent aux urgences pour rien
- N°4 : il faut faire payer les gens qui viennent aux urgences
- N°5 : il faut renforcer l'offre ambulatoire par la multiplication des MMG



# Les fausses-bonnes idées

## *plate-forme unique 15-18 ?*

- Des missions conjointes, ... mais pas tant que celà !
- Des doctrines diamétralement opposées
  - « Réflexe » pour répondre au plus grand nombre
  - « Cortex » pour répondre à chacun
- « *aucune convergence n'est possible* »
- Pas de plus-value opérationnelle ni financière
- Une désolidarisation de la santé ...

# Les fausses-bonnes idées

## *plate-forme unique 15-18 ?*

### Une position de SUdF renouvelée !

- Le Samu-Centre 15 est un service hospitalier de médecine d'urgence et sa salle de régulation médicale doit être située à proximité immédiate des autres structures de médecine d'urgence (Service des urgences, Smur). Tout éloignement du Samu-Centre 15 de son hôpital de rattachement doit être absolument proscrit.
- L'évolution vers des plates-formes SAMU-SANTE-113, médico-psycho-sociales, doit être anticipée.
- L'articulation territoriale des plates-formes Samu-Santé-113 doit être mise en place avec des moyens adaptés.
- Le partenariat entre plate-forme Samu-Santé-113 et CTA-Codis doit être renforcé notamment par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour mettre en place des interconnexions fiables réalisant, en cas d'intervention conjointe, une plate-forme commune virtuelle.
- Une large information de la population et des politiques doit permettre de faire comprendre la distinction entre « secours » et « soins » et les missions respectives de chacun.
- Les plates-formes communes existantes doivent être évaluées sur un plan qualitatif et économique

# Les fausses-bonnes idées

*trop de gens viennent aux urgences pour rien ?*

- Ici aussi, une littérature riche et unanime
  - sur la base de la doléance principale des patients et même avec l'utilisation d'un triage infirmier préalable, **93% des patients identifiés « non justifiés aux urgences », le seraient à tort**
  - de nombreux travaux analysent des méthodes et critères de classification de patients « non urgents ». Selon les études, les patients « non urgents » représentent 5% à 90% des admissions aux urgences, ce qui témoigne de **l'impossibilité de définir un critère reproductible en absence d'examen médical préalable**
- Il est facile de désigner le gagnant d'une course à l'arrivée !

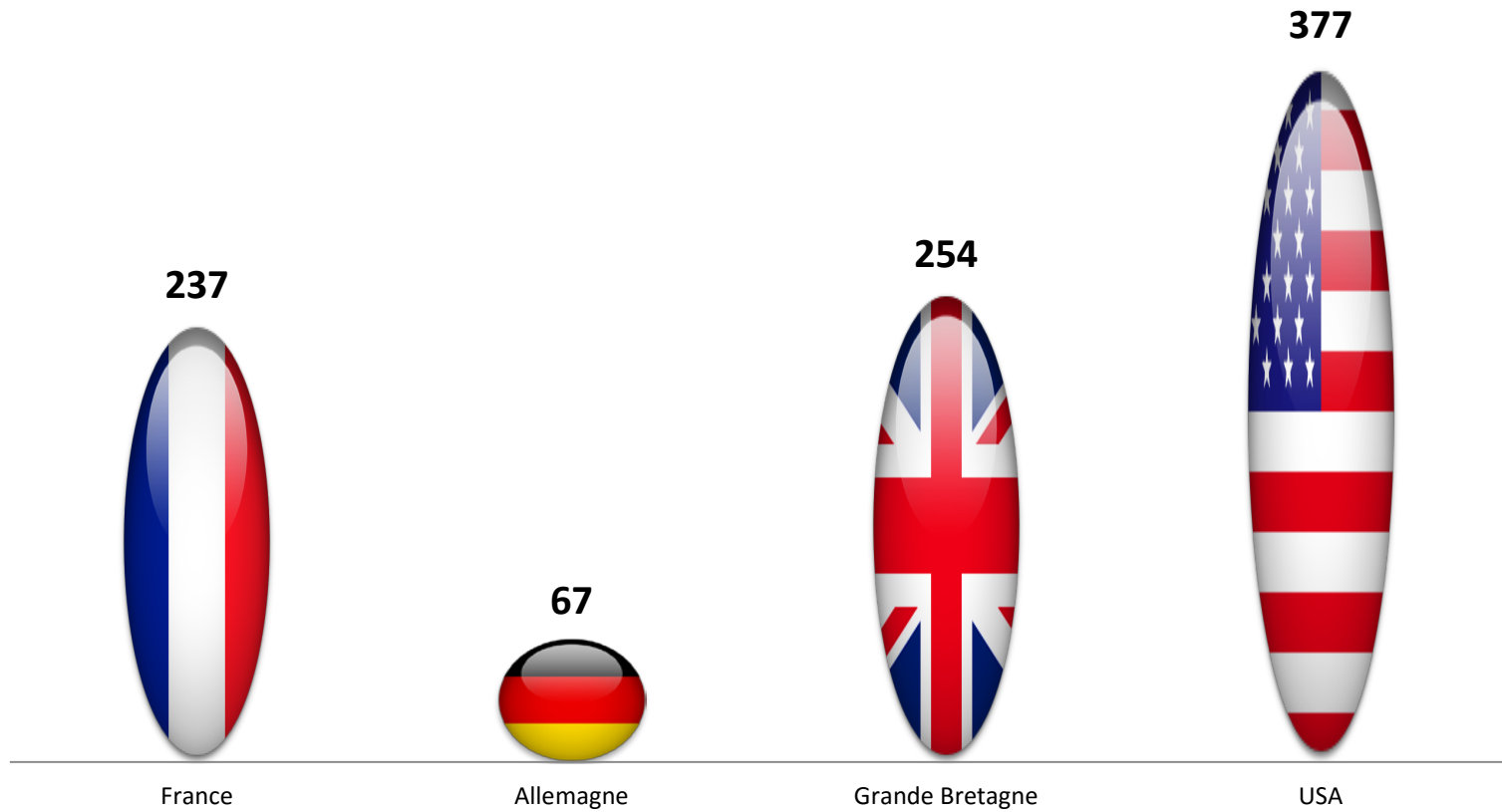
# Les fausses-bonnes idées

*il faut faire payer les gens qui viennent aux urgences ?*

- Identifier que les 20% de Français les plus riches sont plus enclins à recourir aux dispositifs d'urgence de ville ne veut pas dire que les autres viennent aux SU car « c'est gratuit »
- Dans la motivation des patients à venir aux urgences, la gratuité n'est indiquée que dans 2% des cas (DREES 2013)
- une minorité de passages aux urgences concerne les bénéficiaires de l'aide médicale d'état (1%) ou n'ayant aucun droit ouvert par l'assurance maladie française (1%).
- Les belges ont essayé (18 € ... sans effet sur la fréquentation des SU ...

# En Europe et ailleurs ?...

passages SU / 1000 Habitants



# Les fausses-bonnes idées

*il faut renforcer l'offre ambulatoire par la multiplication des maisons médicales de garde ?*

Tout ce qui a pu être fait (pourtant souvent avec des moyens assez importants), notamment pour développer les maisons médicale de garde (présentées par certains comme une panacée), si cela répond à un besoin de médecine générale, n'a jamais fait reculer la croissance régulière du recours aux structures d'urgence

# Construire la MU de demain - *une nouvelle organisation* -

- Une « salle de concert » : Le territoire de santé d'urgence ...
- Avec un “chef d'orchestre” : la PF Samu-Santé-113
- Et des “musiciens”
  - Les Smur, HéliSmurs (doctrine), MCS ...
  - Les SU organisés en réseau
  - La PdS assurant une réponse H24 avec une valorisation codifiée des actes

**Pilotage par les ARS avec le soutien technique  
des CTRU**

# Construire la MU de demain

## *le territoire de santé d'urgence (1)*

- **Le territoire de santé** (L 1434-16) : « *pertinent pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des ETS, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* »
- **Le Groupement Hospitalier de Territoire** (article 27) : une position favorable mais en cohérence avec nos besoins spécifiques ?



**LUXEMBOURG**

**SAARBRÜCKEN**

**METZ**

**Nancy**

**STRASBOURG**



# Construire la MU de demain

## *le territoire de santé d'urgence (2)*

- Une **cohérence médicale** et non administrative
- Sur la base d'un **projet médical partagé** (médecine d'urgence et PdS et médico-social)
- Des équipes territoriales d'urgentistes cohérentes et raisonnables :
  - Une équipe et autorité médicale unique
  - Mais un maintien de l'appartenance à un établissement (représentativité dans les instances)
  - Pas plus de 2 établissements et un équilibre des pénibilités
  - Un établissement pivot (recherche, enseignement, plateau tech)
  - Sur la base du volontariat (au moins au début)
  - Le **maintien des compétences** comme objectif principal

# Construire la MU de demain - *de nouveaux professionnels* -

- L'urgentiste : un médecin spécialiste reconnu, hospitalier, engagé à l'échelle d'un territoire, recentré sur son exercice médical.
- L'IDE des urgences et le transfert de tâches
  - L'IOA, les T2IH,
  - Prescriptions avancées, actes dédiés (gypsothérapie, sutures ...)
- Les autres partenaires des urgences
  - Gestion de l'aval
  - Interface soignants / familles-accompagnants
  - Prise en charges spécialisées : Psy, Social, Gériatrique ...

**... en nombre suffisant !**

# Les XX propositions de SUdF

- 1) définir, à l'échelle nationale, des **territoires de santé d'urgence** au sein desquels la réponse à « l'urgence santé » est organisée et cohérente
- 2) mettre en place des **plates-formes de régulation médicale Samu-Santé** regroupant tous les acteurs de la réponse médicale à une demande de soins urgents. Cette plate-forme est **située dans un établissement de santé**.
- 3) assurer **l'articulation et l'interconnexion entre les plates-formes Samu-Santé**
- 4) attribuer le numéro de téléphone national « **113** » à la plate-forme **Samu-Santé-113**
- 5) évaluer la pertinence de **l'implantation** actuelle des **Smur terrestres** et s'assurer de l'adéquation de la composition de leur **équipe** avec les textes réglementaires
- 6) continuer à développer la **réponse « avant-coureur du Smur »** dans les territoires à plus de 30 minutes d'un Smur
- 7) mettre en place un **maillage territorial** à deux niveaux des **HéliSmur** et équiper les établissements siège de structure d'urgence d'**une zone de poser** autorisée
- 8) formaliser un « **contrat de mission santé** » pour les hélicoptères d'état souhaitant participer à l'Aide Médicale Urgente
- 9) **labelliser les structures des urgences** selon un cahier des charges précis
- 10) **identifier les établissements de santé disposant d'un plateau technique d'urgence selon les critères SUdF** (proximité, appui, recours)

# Les XX propositions de SUdF

- 11) **contractualiser** les liens **entre les structures de médecine d'urgence** d'un même territoire de santé
- 12) créer le concept de **Pérennité des Soins - PdS**
- 13) mettre en place dès maintenant le **DES de médecine d'urgence**
- 14) **garantir les moyens de formation continue des professionnels des structures de médecine d'urgence, notamment par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence**
- 15) faire évoluer les **statuts** des médecins hospitaliers pour autoriser un **exercice territorial**
- 16) créer des **équipes d'urgentistes de territoire** sur la base de **projets médicaux partagés**
- 17) formaliser les **transferts de tâches** des urgentistes vers les IDE des urgences hospitalières dans le cadre d'un **exercice en pratique avancée**
- 18) décharger les urgentistes des **tâches ne relevant pas de leurs missions médicales** en particulier pour la gestion des lits d'aval
- 19) assurer des **effectifs** médicaux et non médicaux des structures de médecine d'urgence en cohérence avec leurs activités
- 20) assurer un **financement pérenne** des structures de médecine d'urgence, en adéquation avec leurs organisations et leurs activités.

