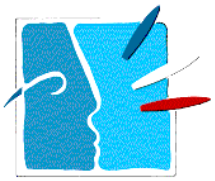


ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2002 - 2003

La planification à l'épreuve du réel : le SROS II Urgences en région Centre

Maud ROBIDEL

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des acteurs rencontrés pour l'élaboration de ce mémoire notamment les personnels médicaux et paramédicaux des services d'urgence, les représentants de services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales ainsi que les représentants de l'assurance maladie.

Mes remerciements vont également à Mme Loisy et au Dr Ochmann, directeurs adjoints de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Centre pour leur appui technique et leurs précieux conseils.

Enfin, je remercie l'ensemble des agents du service "Politiques hospitalières" de la DRASS du Centre pour leur disponibilité et leur soutien.

Sommaire

INTRODUCTION **1**

METHODOLOGIE **5**

1- LA PLANIFICATION AU SERVICE DES URGENCES : CONTEXTE NATIONAL ET CADRE REGLEMENTAIRE **7**

1.1 Le SROS, socle de la planification hospitalière **7**

1.1.1 Politique hospitalière et planification : organiser pour mieux soigner 7

1.1.2 De la planification quantitative à la planification qualitative 8

1.1.3 Un SROS pour quoi faire? 11

1.2 Les urgences en France, évolution et nouvelle problématique **13**

1.2.1 Qu'est-ce que l'urgence? 13

1.2.2 L'évolution des urgences reposant sur de nouveaux comportements des acteurs 17

1.2.3 L'émergence de nouveaux enjeux 21

1.2.4 La planification, une réponse aux maux des urgences : les objectifs spécifiques d'un SROS Urgences 23

2 LA MISE EN OEUVRE DU SROS URGENCES DE LA REGION CENTRE : BILAN ET ANALYSE **24**

2.1 Présentation du SROS Urgences de la région Centre **25**

2.1.1 Les caractéristiques de la région 25

2.1.2 Le Sros Urgences de la région Centre : orientations et priorités d'actions 26

2.2 Quel bilan pour les trois orientations du schéma ? **31**

2.2.1 L'égalité d'accès aux soins globalement assurée 31

2.2.2 Une sécurité des soins nettement améliorée 33

2.2.3 Une coopération défaillante des acteurs de l'urgence ou l'impossible réseau des urgences? 38

2.3 Quelle analyse de l'outil SROS en région Centre ? **41**

2.3.1 Des limites intrinsèques à la planification 41
2.3.2 Amélioration et adaptation de l'offre de soins 43

3 PROPOSITIONS POUR UN SROS III URGENCES : UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE DÉCLOISONNEMENT DES ACTEURS ET LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE 46

3.1 Le décloisonnement des hommes et des structures 46

3.1.1 Urgences et permanence des soins : une complémentarité indispensable 46
3.1.2 Raisonner en parcours de patient 49
3.1.3 L'association de tous les acteurs à l'élaboration du schéma et à sa mise en œuvre 52

3.2 La coordination de la prise en charge : promouvoir la mutualisation et les réseaux 54

3.2.1 Des outils au service du SROS : régulation, mutualisation des moyens, télécommunication 54
3.2.2 L'heure des réseaux d'urgences 56

CONCLUSION 59

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE 61

LISTE DES ANNEXES 66

Liste des sigles utilisés

- AMU : Association des Médecins Urgentistes
- ANACOR : Antenne d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
- ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
- CAMU : Capacité d'Aide Médicale Urgente
- CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
- CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
- CH : Centre Hospitalier
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CODAMU : Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente
- COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
- CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
- CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
- CSP : Code de la Santé Publique
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
- ERSM : Echelon Régional du Service Médical
- FAQSV : Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville
- IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
- INSEE : Institut Nationale des Statistiques et des Etudes Economiques
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- POSU : Pôle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences
- SAE : Statistique Annuelle des Etablissements
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

- SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
- SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation
- SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
- ULM : Unité Libérale Médicale
- UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- USIC : Unité de Soins Intensifs en Cardiologie

INTRODUCTION

La France est reconnue par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme le système de santé le plus performant. Il est vrai que chacun s'accorde à considérer l'offre de soins globalement satisfaisante notamment en matière d'hospitalisation. Ce constat va cependant de pair avec celui d'une inadaptation locale ou sectorielle des équipements et des activités. Ces analyses, d'ailleurs plutôt convergentes d'une majorité gouvernementale à une autre, justifient une politique de redéploiement des moyens assurée par la **planification hospitalière**. Cette dernière s'inscrit dans le cadre d'une politique orientée vers la rationalisation de l'offre de soins et une maîtrise des dépenses de santé.

Deux outils sont utilisés dans la planification, il s'agit de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) :

- La carte sanitaire détermine, depuis 1970[1], pour les secteurs sanitaires, la nature et, s'il y lieu, l'importance des installations, équipements et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population.
- Le schéma régional d'organisation sanitaire complète, depuis la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, la carte sanitaire en fixant la répartition géographique, l'organisation territoriale des moyens de toute nature (installations, activités). Devenu l'outil principal de la planification, le SROS est un document stratégique définissant les axes de la politique de soins, les adaptations et changements de l'offre de soins hospitalière publique et privée nécessaires en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

Pour les SROS de deuxième génération (1999-2004), le thème des urgences a été retenu comme prioritaire par vingt-cinq des vingt-six régions françaises ce qui illustre un certain malaise. Les urgences sont en effet devenues un sujet très sensible qui dépasse la seule sphère hospitalière et peut être qualifié de problème sociétal. En huit ans, de 1990 à 1998, la fréquentation des **urgences** hospitalières a augmenté de 43% ; le nombre total de ces passages peut être ainsi évalué à plus de 11 millions. Si la tendance persiste, on pourrait atteindre 15 millions de passages en 2010.

Ainsi, devenus une préoccupation récurrente pour la politique de santé, les services hospitaliers des urgences ont fait l'objet d'une série de mesures réglementaires (décrets des 9 mai 1995 et 30 mai 1997 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences dans les

[1] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

établissements de santé). Ces textes ont apporté une clarification dans la définition des niveaux de soins par sites autorisés en instaurant une graduation de l'organisation des soins d'urgence. Aujourd'hui, 558[2] sites sont reconnus dont 207 SAU (service d'accueil des urgences) capables de traiter les situations d'urgences y compris vitales, 24 POSU (pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences), 327 UPATOU (unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences) aptes à prendre en charge des urgences de proximité. Ces unités assurent la prise en charge des pathologies courantes et orientent les patients dont l'état de santé nécessite des soins qu'elles ne peuvent dispenser.

Cette progression traduit sans doute de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins : consumérisme médical, succès pervers de la qualité médicale des urgences et de leur plateau technique, isolement des malades. Mais l'encombrement des service d'urgence est également lié à une évolution de l'organisation des soins entre médecine de ville et hôpital marquée par l'implication insuffisante voire la démobilisation de la médecine libérale dans la prise en charge de l'urgence. Ainsi, ce recours exponentiel à l'hôpital, qui concerne toute la France, porte sur des malades venus par leurs propres moyens et qui le plus souvent, sont soignés mais non hospitalisés. En revanche, le nombre d'urgences sévères ou graves reste stable. En fait, une majorité des passages aux urgences (60 à 80%) correspond à des affections qui, soit auraient pu être traitées en dehors du contexte de l'urgence, soit n'impliquent pas nécessairement le recours à l'hôpital. On parle alors de consultation non programmée et non d'urgence.

Dans un tel contexte et plus que jamais, de nombreuses contraintes pèsent sur les services d'urgence ; ils doivent faire face efficacement à tous les types d'urgences. Ainsi, il appartient au service d'urgences de prendre en charge les urgences dites vitales tout en répondant au flux croissant des urgences ressenties (qui d'un point de vue médical pourraient être différées) et en assurant une accessibilité géographique et sociale optimale.

L'établissement de santé ne doit être qu'un élément de la prise en charge des urgences alors qu'actuellement on lui demande de tout assurer. Un changement suppose un maillage complet du territoire, et c'est dans ce cadre, qu'intervient en amont la prise en charge médicale des urgences extra-hospitalières. Cette dernière repose sur un réseau de multiples intervenants publics (le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), Service Médical

[2] Baubeau D, Carrasco V. "Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale". Etudes et résultats DREES, n°212, Janvier 2003

d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les SAU, les sapeur pompiers, la police, la gendarmerie) et privés (des médecins libéraux, des ambulanciers, des associations (SAMU social, SOS médecin)) dont les rapports sont parfois complexes et ne permettent pas toujours d'assurer une solide coordination entre eux, pourtant indispensable gageure à une prise en charge efficiente du patient.

Dans le domaine de l'urgence, les SROS procèdent à la répartition géographique des sites d'urgence, leur identification et leur coordination. Ils organisent la régulation pré-hospitalière pour une régulation optimale des urgences vitales et pour une meilleure participation des médecins de ville à l'urgence. Le SROS est un élément moteur de l'amélioration de l'état de santé de la population et dans ce sens, ses efforts portent non seulement sur l'organisation du secteur hospitalier mais aussi sur l'ensemble du parcours que suit le patient à travers le dispositif de soins. Il s'agit donc de travailler en complémentarité et non en concurrence (secteur public et privé, médecine hospitalière et médecine de ville…), de privilégier la qualité des soins et la satisfaction de l'usager. Ainsi, si le SROS n'a pas vocation à traiter du champ de l'ambulatoire ou du médico-social, les propositions qu'il contiendra devront avoir un effet dynamisant et devront impulser une nouvelle coordination de tous les acteurs régionaux pour la mise en place formelle d'un véritable réseau des urgences.

La région Centre (composée de 6 départements : Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret) n'échappe pas à cette augmentation de la fréquentation des urgences avec plus de 500 000 passages enregistrés dans les services d'urgence hospitalières en 2000.

Il convient de souligner que plusieurs paramètres socio-économiques de la région Centre facilitent ou expliquent ce recours croissant à l'hôpital. Ainsi, la région est marquée par un vieillissement de la population supérieur à la moyenne nationale, la population rurale est importante, la précarisation est croissante et enfin, le Centre se caractérise par la rareté des ressources en offre de soins et une des démographies médicales françaises les plus défavorables.

Dans un tel contexte, les urgences ont été retenues comme priorité pour le SROS de seconde génération de la région. En effet, face à cette demande accrue d'aide médicale urgente, des structures variées se sont développées au risque d'assister à une véritable avalanche des intervenants et un éclatement géographique des lieux d'intervention (le maillon faible restant sans doute l'implication et les modes de coopération avec la médecine de ville).

Alors que le SROS II arrive bientôt à échéance et que la préparation des SROS de troisième génération est annoncée, cette étude se propose de s'interroger sur la portée et l'efficacité de cet outil privilégié de la planification.
Ainsi, le SROS Urgences, en tant qu'outil de planification contraignant, a–t-il joué pleinement son rôle en région Centre ? La coordination des soins, la prise en compte des besoins de santé, la recomposition du tissu hospitalier ont-elles été effectives ?
La question de départ pourrait être formulée comme suit :
Dans quelle mesure les dispositions du SROS II ont répondu aux problématiques actuelles des services d'urgence en région Centre?

Le rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS), est directement abordé par cette étude puisque la politique hospitalière est une des missions essentielles des inspecteurs. Négociateur, animateur d'équipe (groupes de travail réunissant des médecins, des représentants de l'assurance maladie et des représentants des services déconcentrés), interlocuteur de proximité de tous les établissements qu'ils soient publics ou privés, l'inspecteur occupe une place centrale dans le secteur sanitaire. Ce mémoire est donc l'occasion de mieux appréhender cette facette du métier, d'analyser le positionnement de l'inspecteur par rapport aux autres acteurs du secteur sanitaire, leur modalité de coordination et coopération. Enfin, le SROS est un outil de travail des inspecteurs qui, s'ils sont parfois associés à son élaboration, sont dans tous les cas chargés de sa mise en œuvre.

Cette étude m'a permis de nourrir une réflexion sur l'impact du SROS Urgences de la région et son "aptitude" à répondre aux problématiques des services d'urgence aujourd'hui. Ce mémoire s'articule en trois temps : une présentation du contexte national et du cadre réglementaire de la planification et des urgences (1ère partie), un état des lieux de la mise en œuvre du schéma (2ème partie) soulignant les écueils et les atouts de cet outil de planification. Enfin, sur la base de cette analyse du schéma, je proposerai des pistes de réflexion pour l'élaboration d'un SROS III (3ème partie).

METHODOLOGIE

Pour mener à bien mon sujet, j'ai distingué trois temps :

- **Une découverte et un approfondissement du sujet par la recherche documentaire et lecture de la doctrine**

Cette phase s'est traduite par le recensement de la réglementation en vigueur relative à la planification hospitalière et aux urgences, une recherche bibliographique et documentaire ciblée (données statistiques, données générales, rapport d'activités, consultations de sites internet…). Il s'agissait de rassembler les textes législatifs et réglementaires, les rapports, mémoires, ouvrages et articles sur le thème de la planification hospitalière et des urgences. Ces recherches se sont déroulées au centre de documentation de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) et au centre de documentation de la DRASS du Centre. Cette première phase s'est soldée par l'examen approfondi du SROS II de la région Centre.

- **Une appropriation du contexte, de la problématique des urgences et de la planification grâce aux entretiens**

La seconde étape consistait à recueillir des données de « terrain ». Pour cela, j'ai rencontré différents acteurs concernés par les urgences dans la région afin d'appréhender leur vision de l'offre de soins d'urgence et connaître leur point de vue sur l'outil de planification qu'est le SROS.

J'ai élaboré une grille d'entretien[3] et rencontré une douzaine de personnes aux parcours très divers. J'ai pu m'entretenir avec des acteurs du monde institutionnel[4] : médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS), représentants de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et représentants des organismes d'assurance maladie. J'ai également eu la chance de pouvoir m'entretenir avec des professionnels de terrain : médecins des services d'urgence, du SAMU, cadres infirmiers…

Ces personnes ressources ont été contactées par courrier ou par téléphone, les entretiens ont duré 1h30 en moyenne. Pour la rencontre des professionnels, les rencontres ont toujours été suivies de visites de locaux.

[3] ANNEXE I : Grilles d'entretiens

[4] ANNEXE II : Liste des personnes rencontrées

♦ **Les visites et séjours d'établissements**

J'ai souhaité compléter ces entretiens par une étape d'observation directe au sein des établissements hospitaliers. De par la durée limitée qu'il nous était accordée, j'ai privilégié le département d'Eure-et-Loir comme lieu d'investigations de façon à pouvoir dessiner une ligne départementale de la planification des services d'urgence.

J'ai ainsi passé une semaine au service des urgences du CH de Chartres, 2 jours au service des urgences du CH de Dreux et un nuit au SAMU d'Eure-et-Loir. Sur place, j'ai pu m'entretenir avec les équipes (médecins, infirmiers, cadres de santé, aide soignants…).

J'ai participé à la vie des services (réunion avec le personnel, participation à une sortie SMUR, une journée avec l'infirmière d'accueil et d'orientation…), observé leur fonctionnement, les difficultés qu'ils rencontraient. J'ai pu également côtoyer les usagers des urgences, ce qui m'a permis de mieux les appréhender et comprendre la problématique de ces services.

1- LA PLANIFICATION AU SERVICE DES URGENCES : CONTEXTE NATIONAL ET CADRE REGLEMENTAIRE

La planification sanitaire, dans un contexte de rationalisation, doit quantifier et organiser l'offre de soins sur le territoire. Pour ce faire, le SROS est son principal atout (1.1) et bénéficie d'une évolution pertinente. Les SROS I caractérisés par une vision quantitative des capacités hospitalières ont ainsi laissé la place à des SROS II (1999-2004) plus stratégiques, plus centrés sur des priorités nationales et régionales.
Les services d'urgence constituent une des priorités nationales retenues en 1999 et reprises par la région Centre. Il est vrai que les urgences connaissent, depuis un peu plus d'une décennie une évolution sans précédent (recours exponentiel aux urgences, modification du comportement des usagers…) qui a modifié les problématiques rencontrées par ces services (1.2) et qui a réclamé une réorganisation de l'offre de soins. C'est dans ce contexte que le SROS peut constituer une réponse aux maux des urgences.

1.1 Le SROS, socle de la planification hospitalière

1.1.1 Politique hospitalière et planification : organiser pour mieux soigner

A) Contexte

La France dispose d'uns système hospitalier dense et diversifié :

- 1058 établissements publics
- 3145 hôpitaux privés et cliniques
- 253 690 lits et places[5]

Il est le résultat de l'âge d'or de l'hôpital public et d'une volonté politique manifeste, entre les années cinquante et quatre-vingt, de doter la France de structures sanitaires performantes. Mais, avec le ralentissement de la croissance consécutive aux chocs pétroliers, la progression des coûts de la recherche médicale et le "creusement" des déficits des régimes sociaux, les pouvoirs publics ont utilisé, successivement ou concomitamment, différents outils pour encadrer la dynamique accélérée des dépenses d'hospitalisation. La planification des équipements et des moyens techniques, la régulation des dépenses sont les instruments de cette nouvelle politique hospitalière orientée vers une rationalisation de l'offre de soins.

[5] www.ladocumentationfrançaise/dossierenligne/politiquespubliques/lapolitiquehospitalière

B) Définition

Il est difficile de proposer une définition satisfaisante de la planification. Selon le dictionnaire Larousse, il s'agit de l'action de planifier, d'organiser selon un plan. En matière de planification de la santé, plusieurs définitions existent et en rassemblant les différents éléments, on pourrait aboutir à la définition suivante : "un processus continu de prévision de ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives. Ces choix prennent en considération le contexte de contraintes internes et externes, connues actuellement ou prévisibles dans le futur"[6].

En matière de planification hospitalière, deux outils permettent de planifier l'offre de soins : la carte sanitaire et les schémas régionaux d'organisation sanitaire qui "ont pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé" (Article L 6121-1 du code de la santé publique).
La planification se doit de concilier la maîtrise de la progression des dépenses avec des impératifs de qualité, sécurité et distribution équitable des soins hospitaliers.

1.1.2 De la planification quantitative à la planification qualitative

A) Historique

- La planification sanitaire et l'encadrement des dépenses sont amorcés avec *la loi hospitalière du 31 décembre 1970* précitée qui crée la notion de "service public hospitalier" et instaure la carte sanitaire. La carte sanitaire "détermine la nature et, s'il y a lieu, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population".[7] Selon l'article L 6121-2 du code de la santé publique, elle détermine également les limites des régions et des secteurs sanitaires visant ainsi l'instauration d'un plateau technique minimum au sein de chaque secteur et un rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers. Il s'agit d'une planification quantitative.

- *La loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991* renforce le contenu de la carte sanitaire, développe les alternatives à l'hospitalisation et crée le schéma régional d'organisation

[6] Raynald Pineault et Carole Daveluy "La planification de la santé, concepts-méthodes-stratégies" ? Editions nouvelles, 1995

[7] article L 6121-1 du code de la santé publique (CSP)

sanitaire (SROS). Le schéma est établi pour chaque région, il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire. Il détermine l'organisation territoriale des moyens de toute nature qui permettra la réalisation desdits objectifs. Dans ce cadre, il doit susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations.

- La réforme issue de *l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée* institue les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), autorité unique pour conduire la politique régionale d'offre de soins hospitaliers publics et privés. L'élaboration de la carte sanitaire et du SROS relève de l'ARH. L'ordonnance de 1996 entend lutter contre le suréquipement hospitalier, les disparités régionales et améliorer la complémentarité de l'offre de soins d'une même zone géographique. Depuis 1997, le gouvernement s'attache à accompagner ce mouvement de recomposition hospitalière. C'est dans ce cadre qu'interviennent les SROS : ils fixent pour cinq ans le cadre général d'évolution de l'offre hospitalière.

B) Carte sanitaire et SROS : outils de la planification hospitalière

a) Les limites de la carte sanitaire

Comme nous l'avons vu précédemment, la carte sanitaire, révisable tous les cinq ans, détermine les limites des régions et secteurs sanitaires (espaces géo-démographiques) ainsi que la nature et l'importance des installations nécessaires pour répondre aux besoins de soins de santé de la population. Or, la carte sanitaire n'a qu'imparfaitement joué son rôle dans la maîtrise de l'offre des soins. Les effets pervers d'une planification strictement normative sont souvent mis en avant, notamment en matière de capacités d'hébergement des établissements publics. Par ailleurs, le découpage en secteurs sanitaires défini par référence aux zones d'attraction des centres hospitaliers et contribuant de fait à la pérennisation de l'équipement hospitalier public n'a pas permis de corriger les disparités intra et interrégionales ou de redistribuer les disciplines entre l'hôpital public et la clinique privée.

b) Les SROS : une doctrine évolutive pour une réponse optimale aux besoins sanitaires de la population

La loi hospitalière de 1991 demeure fidèle à l'esprit de celle de 1970 en conservant le principe des autorisations et de la carte sanitaire mais l'enrichit de la dimension régionale en tant que référence avec l'instauration des SROS. Le SROS a pour objectif d'assurer une

répartition équilibrée de l'offre de soins : égalité des conditions d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, maintien des établissements de proximité. Le schéma doit mettre en œuvre qualitativement et en affinant localement, la vision quantitative et plus globale de la carte sanitaire.

- *Les SROS de première génération*, 1994-1999, ont permis de mettre en place un certain nombre d'instruments, de réunir des données éparses et de provoquer une première réflexion méthodologique sur la planification hospitalière. L'approche est restée essentiellement centrée sur l'offre de soins et non sur les besoins à satisfaire.

Les SROS I sont donc partis de l'offre hospitalière existante pour tenter d'en améliorer l'organisation. La graduation en trois niveaux (niveau régional, pôle de référence au niveau du secteur sanitaire et établissement de proximité) a inspiré la plupart des décisions prises. Il s'agissait ainsi à la fois d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers par le maintien et la diffusion de soins hospitaliers courants sur des sites de proximité immédiate et de favoriser la sécurité et la qualité des soins. Les SROS I avaient donc un contenu plutôt quantitatif se traduisant essentiellement par la répartition géographique des installations et des équipements matériels lourds : son objectif était structurel. Par contre la relation entre les besoins de santé et l'offre de soins n'y a trouvé qu'une place modeste ; les SROS II vont remédier à cette faiblesse.

- *Les SROS de deuxième génération*, 1999-2004, adoptent une approche plus orientée sur les besoins de santé de la population et se présentent davantage comme des documents d'orientations médicales. Ils suivent une nouvelle ligne directrice en s'appuyant notamment sur les travaux des conférences régionales de santé. Ils doivent à partir d'une analyse des forces et des faiblesses du dispositif hospitalier actuel permettre une réponse mieux adaptée aux besoins des populations. La planification prévue a été un exercice de choix de priorités, en relation avec les besoins locaux, sous contrainte financière. Il ne faut pas oublier que ces SROS ont été élaborés dans un contexte de régulation financière renforcé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) annuelle.

En conclusion, les deux générations de SROS ont été élaborées en application des textes issus de la loi de 1991 ; ils poursuivent la même finalité (la répartition géographique des installations et activités de soins qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population) mais optent pour des approches et méthodes différentes. La pratique actuelle fait du schéma un instrument plus important que la carte. Il est l'outil privilégié d'une politique orientée vers la rationalisation de l'offre de soins et la complémentarité des secteurs publics et privés.

1.1.3 Un SROS pour quoi faire?

A) 1999-2004 : objectifs et enjeux des schémas

La circulaire DH/EO n°1998 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire assigne trois objectifs aux schémas :

- l'amélioration de la prise en compte des besoins de santé par l'offre hospitalière,
- le développement de la complémentarité entre les différents segments de l'offre (médecine hospitalière, médecine de ville, prise en charge médico-sociale),
- l'accélération de la recomposition du tissu hospitalier.

Les enjeux affichés sont les suivants :

- une meilleure identification des besoins,
- une égalité entre les malades,
- une adaptation des structures aux besoins.

Les principes d'action qui doivent guider la révision des schémas sont notamment l'approche globale de la santé, le choix de quelques priorités, la recherche d'efficacité ainsi que le respect de l'autonomie des acteurs.

B) Le champ d'intervention ambitieux des SROS : l'hôpital … et son environnement

Selon le code de la santé publique, le SROS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins des établissements hospitaliers publics et privés en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Dans ce cadre, la circulaire du 26 mars 1998 précitée précise que "le SROS n'a pas vocation à traiter du champ ambulatoire et du secteur médico-social ; les orientations sur lesquelles il s'appuiera dans ces domaines n'auront pas de caractère opposable. Toutefois, les propositions qu'il contiendra, qui pourront prendre la forme de document d'orientation émanant des acteurs concernés auront un effet dynamisant et valeur d'engagement dès lors qu'ils auront été élaborés avec eux et leurs représentants : les unions de médecins libéraux pour la médecine ambulatoire, les collectivités locales et les représentants des établissements pour le champ médico-social".

Martine Aubry, alors Ministre de l'emploi et de la solidarité avait largement insisté sur ce point considérant qu'il fallait placer le malade et non les structures au cœur de la réflexion et analyser de manière globale sa prise en charge par le système de soin dont l'hôpital est un élément majeur mais n'est qu'un élément. Ainsi, si les SROS ne peuvent prescrire des

évolutions que pour le champ de l'hospitalisation, leur révision devait être l'occasion d'impulser des réflexions communes et de lever des frontières traditionnelles[8].

C) Les éléments du SROS II[9] :

- *Les objectifs stratégiques :* le SROS fixe les objectifs de la région dont la réalisation sera poursuivie notamment au moyen des contrats d'objectifs et de moyens (COM). Il peut comporter des recommandations utiles à la réalisation des objectifs.

- *La répartition géographique des installations et activités hospitalières* : il détermine la répartition géographique des installations et activités de soins qui permettait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population (article L 6121-3 du code de la santé publique (CSP)).

- *L'annexe* : elle détermine les transformations de l'offre qui seront nécessaires à la réalisation du SROS (article L 6121-4 du CSP). Il s'agit d'opérations de recomposition indispensables et pour lesquelles seule l'opposabilité juridique est de nature à permettre la conduite des opérations.

D) Quelle portée pour les SROS?

- Les SROS sont des documents stratégiques dont les orientations guident l'action des ARH et influent sur le contenu des projets des établissements. Ils servent de cadre pour des actions dont la mise en œuvre passera par les allocations budgétaires, l'approbation des projets d'établissement et la négociation des contrats d'objectifs et de moyens. Le SROS a le mérite de poser les problèmes clairement et de déterminer des orientations assez précises arrêtées à l'issue d'un large débat associant les principaux acteurs concernés par la santé de la région. Toutefois, il convient de préciser qu'un tel schéma ne contient aucune condition technique, ni de noms d'établissements (articles L 6121-3 et L 6122-2 du CSP).

C'est essentiellement à travers l'évolution de l'organisation des soins et des pratiques médicales que l'on pourra a posteriori apprécier la portée d'un SROS. Il reste que les ARH n'ont aucun moyen d'action sur la médecine de ville. Leur capacité à mettre en présence les

[8]Discours de Mme Martine Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité, lors des assises de l'hospitalisation le 30 mars 1998 sur la révision des SROS de première génération

[9] Circulaire op cit 7

acteurs et à faire déboucher des projets de coopération et de complémentarité ville-hôpital dépendra donc du savoir faire et du contexte local. La portée des SROS est par conséquent difficile à qualifier et variable selon les régions.

- Sur le plan juridique, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a rendu les annexes également opposables. Par ailleurs, le titre V de la loi sur la couverture maladie universelle du 27 juillet 1999 a accru la valeur incitative des SROS en faisant référence à des "recommandations".

1.2 Les urgences en France, évolution et nouvelle problématique

1.2.1 Qu'est-ce que l'urgence?

A) Définition de l'urgence médicale

Selon le dictionnaire Larousse, l'urgence correspond à l'état d'un malade nécessitant un traitement immédiat, qui ne peut être différé. La définition de l'urgence en matière de santé est beaucoup plus large puisqu'elle correspond à "un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage". Alors que la première définition associe l'urgence à la détresse vitale, la seconde souligne la nécessité de répondre à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée quelle que soit la gravité du problème.

La variété des motifs de recours aux services d'urgence a conduit le Professeur Steg[10] à distinguer quatre catégories d'urgences :

- *les urgences vraies* recouvrent soit les situations où le pronostic vital est mis en jeu, soit les situations de détresse pour la vie ou un organe qui nécessitent une intervention médicale avec des moyens lourds et les situations où le pronostic vital n'est pas mis en jeu mais pour lesquelles une intervention médicale ou chirurgicale avec des moyens diagnostiques et thérapeutiques est nécessaire.

- *les urgences ressenties* concernent les états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour la personne ou son

[10] Auteur du rapport sur la médicalisation des urgences et Président de la Commission nationale de restructuration des urgences, 1993.

entourage. Ces situations sont vécues par le patient comme nécessitant une consultation médicale d'urgence. On notera le caractère très subjectif de cette notion.

- *les soins de dispensaire* sont des soins ambulatoires pouvant être uniquement paramédicaux, mais ayant nécessité au moins un avis médical pour un syndrome morbide d'apparition soudaine et récente.

- *les passages non urgents* regroupent les consultations externes, l'activité programmée et les problèmes sociaux.

Pour mettre fin à la polémique que pouvait susciter la définition de l'urgence, la circulaire de la direction des hôpitaux du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des SAU des établissements hospitaliers à vocation générale indique que "tout patient entrant dans le réseau de la prise en charge de l'urgence pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée doit être considéré comme une urgence qu'elle soit lourde ou ressentie". Dans cette définition, la notion d'urgence est associée à un phénomène non programmé se rapportant davantage à la structure d'accueil plutôt qu'au patient lui-même, contournant ainsi l'obstacle de la notion trop subjective d'urgence ressentie.
La mission d'un service d'urgence consiste donc à prendre en charge simultanément des personnes qui requièrent des niveaux de soins différents avec la meilleure sécurité possible.
Il s'agit d'apporter en permanence une réponse médicalement adaptée, graduée et coordonnée. Le défi à relever est d'autant plus complexe.

B) Cadre législatif et réglementaire : une prise en charge graduée

a) L'influence du rapport Steg ou le "détonateur"

En avril 1989, dans un contexte de recours exponentiel aux urgences, le rapport présenté par le Professeur Steg consacré à "l'urgence à l'hôpital", fait état des écueils des services d'urgence : attente, vétusté, inconfort des locaux, lenteur des formalités administratives… Il dénonce surtout la sous-médicalisation dangereuse des services d'urgence et pose la nécessité de restructuration de certains établissements hospitaliers.
L'idée poursuivie par le Professeur Steg consiste à reconnaître que les services d'urgence répondent à des besoins différents, appellent des moyens, des structures et des statuts spécifiques. Il insiste sur la responsabilisation et la qualification des acteurs. Suite à cette prise de conscience, les pouvoirs publics ont cherché à améliorer le fonctionnement de ces

services. Ce rapport et les suivants[11] ont servi de base pour l'élaboration d'un cadre législatif et réglementaire plus précis et parfois très contraignant au nom de la sécurité des malades.

b) Les circulaires de 1990 et 1991

▪ La circulaire ministérielle n°326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil dans les établissements hospitaliers propose, pour certains services ou unités d'accueil des urgences répondant à des critères de fonctionnalité précis, des mesures immédiates de renforcement de ces structures tant en personnel médical expérimenté, qu'en personnel paramédical et social.

▪ Suite à cette circulaire, un questionnaire devant permettre d'établir le bilan régional de la situation de l'accueil des urgences a été adressé à tous les préfets de région. Enfin, le guide d'organisation d'un service d'accueil des urgences fournissant en particulier les principes de son fonctionnement a été transmis par la circulaire DH/4B/DGS/3^{E}/91 n°34 du 14 mai 1991. Cette circulaire visait à garantir une prise en charge globale (médicale et sociale) et à humaniser les conditions d'accueil par la recherche d'une organisation rationnelle des locaux et des circuits. Ainsi, dès 1991, un service d'accueil des urgences doit être organisé en trois zones distinctes :

- la zone d'accueil et d'orientation comporte le point d'accueil occupé par l'infirmière,
- la zone d'examen et de soins comprend notamment des boxes d'examen et la salle de déchocage,
- la zone d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) comporte trois à cinq lits par tranche de 10 000 passages annuels (article D 712-56 du CSP). Elle a pour mission d'accueillir les patients qui nécessitent une surveillance ou sont en attente d'un diagnostic ou reçoivent un traitement. La durée de séjour ne doit pas excéder deux nuits consécutives.

c) La loi hospitalière du 31 juillet 1991

Avant 1991, la fonction d'accueil et de réception des urgences apparaissait comme une spécificité majeure du service public hospitalier. Depuis cette loi, cette fonction n'est plus mentionnée en tant que telle dans les missions et obligations des établissements publics de santé mais en tant qu'activité de soins faisant l'objet d'un SROS. Désormais, les établissements de santé privés peuvent prétendre à être reconnus comme service d'accueil

[11] Rapport Barrier "La prise en charge effective des urgences médicales à tous les échelons de la médecine de ville jusqu'à l'hôpital", septembre 1994

des urgences. En outre, les services d'urgence, qu'ils soient publics ou privés, font l'objet d'une procédure de planification et l'activité des urgences est soumise à autorisation.

d) Les décrets de 1995 et de 1997

- 1995 : première tentative de hiérarchisation des structures d'accueil d'urgence

Les décrets n°95-647 et n°95-648 du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé énoncent les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins "accueil et traitement des urgences".
Ces décrets précisent, qu'à l'avenir, ne persisteront que deux grands types de structures d'accueil des urgences des établissements de santé :

- **un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)** à vocation générale, en mesure d'accueillir sans sélection et de prendre en charge 24 heures sur 24 toute l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence. Une spécialisation éventuelle est possible sous la dénomination de **pôle spécialisé d'accueil des urgences (POSU)** pour la prise en charge d'enfants ou d'une affection particulière touchant un organe ou une fonction (main, cœur, yeux…)
- **une antenne d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences (ANACOR)** à vocation limitée, en mesure d'accueillir 24 heures sur 24 tous les patients se présentant.

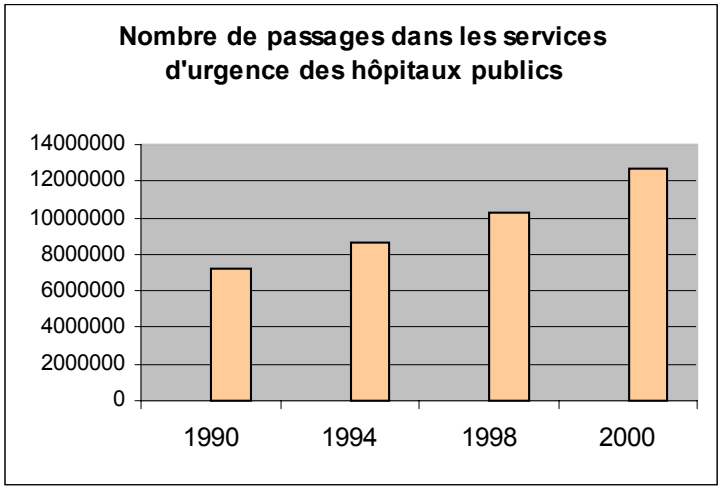
- 1997 : finalisation de la graduation des services d'urgence

Le décret n°97-615 du 30 mai 1997 transforme les antennes en unités de proximité **(UPATOU)** et élargit leurs missions. Outre l'obligation d'accueillir toute personne se présentant en situation d'urgence et de procéder à son examen clinique, ces unités assurent la prise en charge de pathologies courantes et orientent les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent dispenser. Ces décrets, fondés sur la sécurité des patients et la continuité des soins, affirment l'autonomie des services, la responsabilité des équipes, médicales et paramédicales, la structuration et les obligations matérielles. Ils constituent un véritable tournant dans l'histoire des urgences au moment où l'encombrement des services imposait une réaction des pouvoirs publics.

1.2.2 L'évolution des urgences reposant sur de nouveaux comportements des acteurs

A) Un recours exponentiel aux services d'urgence : le nombre de passages a augmenté de 76% en 10 ans

De 1990 à 2000, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics hospitaliers de la France Métropolitaine est passé de 7 203 000 à 12 720 000 soit une augmentation de 76 %[12]. Ces chiffres ne tiennent pas compte les passages pris en charge par les établissements privés qu'on estime à un peu plus de 1 million.



B) Les causes de ce recours à l'hôpital

Entre 1990 et 1998, on note une augmentation de 48% des passages aux urgences alors que durant cette même période, le nombre de patients admis en hospitalisation complète dans les hôpitaux publics à la suite d'un passage aux urgences n'a que très peu augmenté : 1% par an[13]. Par conséquent, les Français ne sont pas de plus en plus malades, ils ont simplement modifié leur comportement au regard de l'hôpital. Ainsi, on peut s'inquiéter des fonctions désormais assumées par les services d'urgence hospitalière : réponse à des besoins non satisfaits notamment pour la prise en charge des populations de faible niveau de ressources et de diplôme, substitution partielle à la médecine de ville, manifestation d'un besoin accru de sécurité et d'accessibilité faisant croître la part des urgences ressenties.

---

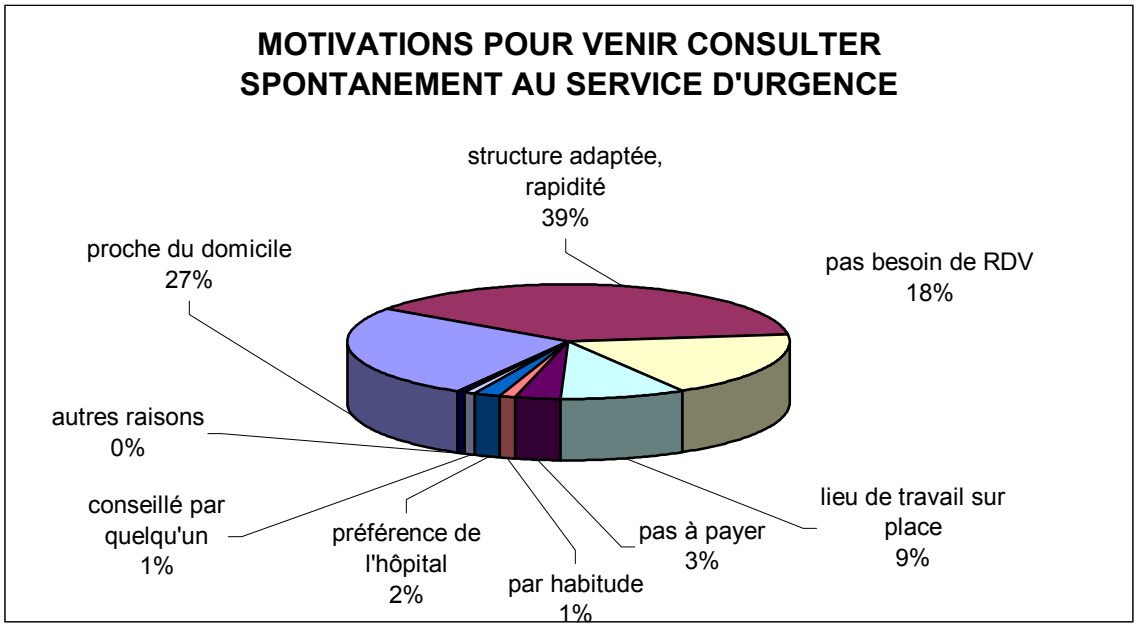
[12] Beaubeau D, Carrasco V. "Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières". Etudes et résultats DREES, n°215, janvier 2003

[13] Beaubeau D, Deville A, Joubert M. "Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmé". Etudes et résultats DREES, n°72, juillet 2000

En fait, le recours sans cesse croissant aux services d'urgence est révélateur de tensions au sein de la société médicale et de changement d'attitude des patients qui attendent davantage de la médecine. Ce phénomène est la résultante de causes multi-factorielles. Nous en retiendrons trois.

a) Le changement de comportement des patients ou le consumérisme médical

L'hôpital est clairement identifié comme le lieu où l'on peut bénéficier des examens nécessaires dans un temps relativement réduit. Le patient agit en consommateur éclairé se tournant vers les structures hospitalières notamment pour le plateau technique d'où des recours abusifs, répétitifs et/ou sans fondement quant à la réalité de la demande médicale adressée à ces structures. Une étude de 2001[14] réalisée auprès de patients consultant un service d'accueil des urgences sur les motivations de consultation aux urgences illustre ces propos : les principales motivations ne sont pas d'ordre social mais la proximité, la disponibilité et l'étiquetage de ce type de structure comme lieu de soin urgent. Sans oublier que près de 75% des patients arrivent par leurs propres moyens et que 70% arrivent sans avoir consulté un médecin[15].



[14] Le Goaziou MF. « Qui consulte aux urgences ? Enquête auprès de patients consultant dans un service d'accueil d'urgence ». La revue du praticien – médecine générale, Mars 2001

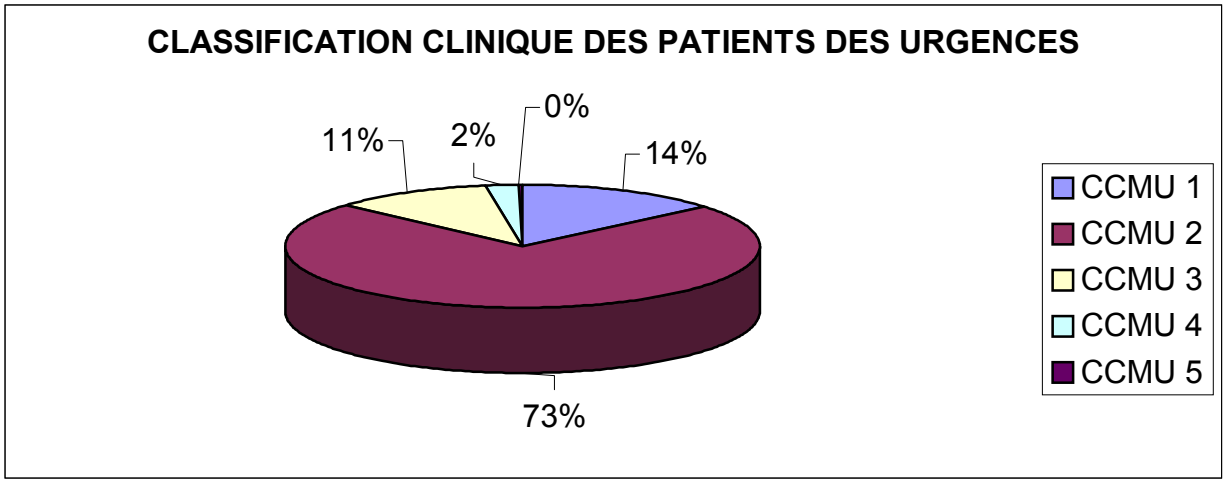
[15] Etude DREES n°212 op.cit

Par ailleurs, une récente étude de la DREES[16] conforte ce point en répartissant les patients selon leur état et la classification clinique des urgences (CCMU[17]). Cette classification en cinq classes est utilisée par les spécialistes de l'urgence pour évaluer la gravité des patients consultants aux urgences :

- CCMU 1 correspond à un état clinique ne nécessitant pas de recours à un acte complémentaire,
- CCMU 2 correspond à un état clinique jugé stable nécessitant des actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence,
- CCMU 3 correspond à un état susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du ponostic vital,
- CCMU 4 correspond à un pronostic vital d'emblée menacé,
- CCMU 5 correspond à un pronostic vital d'emblée menacé nécessitant des manœuvres de réanimation.

[16] Etude DREES n°212 op.cit

[17] CCMU : classification clinique des malades des urgences



Les résultats sont une nouvelle fois très significatifs puisque 14% des patients repartent sans avoir subi aucun acte médical (CCMU 1), ces patients ne bénéficient que d'une consultation. Entre les patients classés CCMU 1 et 2, on estime qu'un quart à un tiers pourrait relever de la médecine de ville.

b) La démobilisation de la médecine libérale

Une seconde explication relève sans nul doute d'une certaine démobilisation de la médecine libérale. La baisse de la démographie médicale, les contraintes pesantes sur le corps médical, la recherche d'un certain confort de vie ont conduit les médecins libéraux et surtout généralistes à déserter les activités de garde. On assiste ainsi dans certaines villes à l'absence pure et simple de tableaux de garde.

c) Le succès pervers des services d'urgence

Paradoxe et non des moindres, les urgences subissent sans doute le revers de leur qualité médicale ! Avec des équipes compétentes, mieux encadrées et plus nombreuses, comme en témoignent les efforts financiers consentis récemment pour une médicalisation accrue des services, les hôpitaux sont victimes de leur propre succès.

1.2.3 L'émergence de nouveaux enjeux

A) L'encombrement des urgences ou l'absence de maîtrise des flux de patients

L'encombrement des urgences tient à des difficultés de régulation des flux d'amont et d'aval des patients.

Le flux d'amont c'est-à-dire la gestion des arrivées aux urgences relève de divers paramètres : comportement des français, désaffection de la médecine libérale, succès pervers des urgences (qualité, technicité). Le flux d'aval, quant à lui ; c'est-à-dire l'accueil des sortants des urgences est tout aussi problématique. En effet, un tiers des patients sont hospitalisés en moyenne après leur passage aux urgences. Or, quelle structure hospitalière ne peut se plaindre du problème constitué par l'orientation de patients accueillis dans le service d'urgence ? En dehors des transferts de malades particuliers vers des établissements très spécialisés, rechercher une place d'accueil est très souvent une gageure à laquelle les personnels hospitaliers médicaux, sociaux et administratifs sont quotidiennement amenés à répondre.

Intervient ici le problème récurrent du manque de lits notamment dans les services d'hospitalisation, les services d'urgence sont contraints d'orienter leurs patients où ils le peuvent et non où ils le veulent.

B) La mise en réseau des urgences hospitalières et extra-hospitalières

Nous avons jusqu'ici traité des services d'urgence hospitalière pourtant l'urgence ne s'arrête pas à l'hôpital bien au contraire. Différents acteurs interviennent notamment en amont de la prise en charge hospitalière : SAMU, SMUR, ambulances, médecins généralistes libéraux. Si tous sont au service du malade, leurs profils sont variés et chaque profession obéit à des contraintes et des logiques propres. Cette diversité des profils vient parfois entraver la mise en place d'une solide coordination de ces acteurs, pourtant indispensable à une prise en charge efficiente du patient.

D'ailleurs, dès 1994 , le rapport Barbier[18] insiste sur la nécessité de structurer la médecine extra-hospitalière et sur l'apport de la médecine libérale à la prise en charge des urgences soit par l'intégration dans le processus de réception des urgences à l'hôpital, soit par le renforcement de la garde libérale.

C) La permanence des soins

L'article 77 du Code de déontologie médicale comporte l'obligation de garde. Il dispose que "dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit". Une permanence des soins doit être assurée 24 heures sur 24 tant par les généralistes que les spécialistes. Cette garde s'organise par secteur à l'initiative d'une association, d'un syndicat ou du conseil départemental de l'ordre des médecins en cas de carence.

Ainsi, le médecin généraliste peut être appelé directement par le patient ou sollicité par le médecin du SAMU. Dans les deux cas, une complémentarité avec les autres partenaires de l'urgence et une organisation sectorielle de la garde, s'avèrent nécessaire. Les médecins libéraux sont eux aussi des acteurs essentiels de l'urgence extra-hospitalière. Pour que le SAMU puisse se concentrer efficacement sur les urgences vitales et afin de ne pas engorger les services d'urgence, ils doivent être capables de répondre efficacement aux urgences ressenties des patients. Si la fonction de l'hôpital est de répondre à tout type d'urgence, il n'a pas vocation à réaliser des consultations médicales relevant elles davantage de la médecine de ville. Or cette prise en charge est mise en péril par la démobilisation des médecins libéraux en matière de garde qui malgré les réquisitions du préfet de département refusent d'assurer leur garde.

Dans un tel contexte, les pouvoirs publics ont tenté de relancer la permanence des soins notamment par une circulaire du 15 juillet 2002 de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Celle-ci prévoit à cet effet la mise en place de dispositifs comportant des appels aux généralistes par un médecin libéral au centre 15, l'élaboration d'une liste de médecins d'astreinte ainsi que le montant de rémunération non négligeable des gardes. Or, force est de constater que malgré cette incitation financière, le problème perdure. Le malaise de la médecine de ville va donc bien au-delà de l'aspect financier : la qualité de vie, l'insécurité sont autant de facteurs qui expliquent leur absence de participation à la permanence des soins.

[18] Rapport Barrier op.cit

Les travaux du groupe de travail relatif à la permanence des soins placé sous la responsabilité du sénateur honoraire M. Descours et publiés en mars 2003[19] par le ministère cherchent également à impulser la mise en place de passerelles entre les médecins libéraux et hospitaliers (cf infra).

1.2.4 La planification, une réponse aux maux des urgences : les objectifs spécifiques d'un SROS Urgences

L'organisation d'un système d'urgence est indissociable de la planification hospitalière en général et la planification hospitalière est, elle-même, indissociable d'une certaine politique d'aménagement du territoire. La question, en effet, est de définir comment le service public hospitalier peut et doit être assuré dans la région. Le SROS est l'instrument de cette réorganisation territoriale.

Selon le dossier de presse du 4 novembre 1999 réalisé par le ministère, 3 objectifs sont attendus des SROS urgence :

- *L'amélioration de la sécurité des soins par une meilleure répartition géographique des sites d'urgence, leur identification et leur coordination*. Il s'agit de parvenir à une graduation des soins et une mise en réseau des services, déterminer qui fait quoi entre les différents établissements sanitaires d'une région. Dans ce cadre, le SROS doit servir de base à l'ARH pour autoriser les différents sites d'accueil des urgences en s'appuyant sur les décrets précités de 1997.
- *L'organisation de la régulation pré-hospitalière* pour une régulation optimale des urgences vitales. Le SROS II doit permettre d'organiser le véritable réseau de réponses aux urgences, réseau qui doit nécessairement impliquer tout le monde, les libéraux, les transports sanitaires, les sites hospitaliers publics et privés.
- *L'association des médecins de ville à l'urgence* et à une meilleure prise en charge de l'urgence pré-hospitalière.

[19] Rapport Descours. "La permanence des soins", Ministère de la santé, janvier 2003

Après avoir posé le cadre réglementaire et le contexte national de la planification et des services d'urgences ainsi que l'articulation entre les deux, il s'agit à présent d'étudier la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire. Qu'en est-il en pratique?
La région Centre sert de support à notre étude, nous nous attacherons à analyser, en seconde partie, dans quelle mesure le schéma d'organisation sanitaire de deuxième génération de cette région a répondu aux problématiques des services d'urgence.

2 LA MISE EN OEUVRE DU SROS URGENCES DE LA REGION CENTRE : BILAN ET ANALYSE

Le schéma régional d'organisation sanitaire des services d'urgence de la région Centre a retenu trois orientations principales : l'égalité d'accès aux soins, la sécurité des soins et la coopération des acteurs (2.1). Or, en pratique, ces trois objectifs ont plus ou moins été

atteints. Si le SROS a fortement contribué à améliorer l'égalité et la sécurité des soins, la coopération des acteurs est toujours aussi difficile et nous n'avons pu dresser qu'un bilan inégal de la mise en œuvre dudit schéma (2.2). Sur la base de ce bilan, nous avons tenté de comprendre et d'identifier les obstacles rencontrés par le schéma pour mener à bien sa mission faisant ainsi apparaître les écueils et atouts du SROS Urgences de la région Centre (2.3).

2.1 Présentation du SROS Urgences de la région Centre

2.1.1 Les caractéristiques de la région

A) Données démographiques et médicales[20]

DONNEES	France	CENTRE	CHER	EURE ET LOIR	INDRE	INDRE ET LOIRE	LOIR ET CHER	LOIRET
superficie en km2		39 151	7235	5880	6791	6127	6343	6775
population au 1/01/2000	59 000 000	2 449 238	314 053	408 277	230 905	557 112	316 367	622 524
densité en hab/km2	108	63	43	69	34	91	50	92
taux de natalité	12,7	12,3	11,1	13,1	10,9	12,3	11,7	13,2
taux de mortalité	9	10	12	9,3	13	9,1	10,7	8,8
indice de vieillissement au 01/01/2001*	67,5	75,4	89,8	61,2	112	72,2	89,1	63,9
densité médecins généralistes libéraux pour 100 000 hab	115	97	88	91	95	109	102	90
densité médecins spécialistes libéraux pour 100 000 hab	64	64	53	49	41	90	64	65

Il ressort de ces données que la région Centre se caractérise par un vieillissement de la population supérieur à la moyenne nationale dans une région de villes moyennes comportant une population rurale importante, une rareté des ressources en offre de soins et une démographie médicale défavorable.

De plus, en 2030, si les tendances persistent, la population du Centre devrait avoisiner 2667000 habitants. L'âge moyen passerait de 40 ans en 1999 à 46 ans en 2030. La région

[20] www.insee.fr

resterait donc plus âgée que la moyenne nationale. Les populations du Loiret, de l'Indre-et-Loire, de l'Eure-et-Loir et du Loir-et-Cher devraient augmenter tandis que le Cher et l'Indre perdraient des habitants. Les aires urbaines verraient leur population augmenter alors que les zones rurales enregistreraient de nouveaux départs (Bourges et Châteauroux).
Fort de ces prévisions, on peut penser que le SROS II doit prendre en compte ce vieillissement de la population et cette répartition inégale de la population en s'attachant plus particulièrement à veiller à l'accessibilité des soins.

B) Les urgences en région Centre

Nous avons évoqué en introduction le recours croissant aux services d'urgence depuis une dizaine d'années sur le plan national. Cette évolution s'applique également à la région Centre, c'est ce qu'illustre le tableau ci-dessous totalisant le nombre de passages annuels dans les services d'urgence de la région. Ces données sont extraites de la statistique SAE[21], elles attestent d'une progression de 22% en seulement cinq ans!

1995	1997	1998	1999	2000
399 0488	433 170	459 170	488 491	508 767

2.1.2 Le Sros Urgences de la région Centre : orientations et priorités d'actions

D'une façon globale, le SROS tend à définir une doctrine claire en matière d'offre de soins. Trois grandes lignes directrices en ressortent :

- L'égal accès aux soins : plus d'égalité par une meilleure répartition des services, une forte structuration de l'urgence

[21] ANNEXE III : détails des chiffres par établissements

- La sécurité des soins : plus de qualité pour mieux répondre aux besoins de santé et aux attentes de nos concitoyens
- Le réseau des urgences : plus de coopération entre les acteurs de santé au nom d'une plus grande efficience et efficacité du système de soins.

Le SROS Urgences est décliné en huit priorités. Il convient de présenter chacune de ces priorités en les intégrant dans les 3 principales orientations du schéma. A noter que la priorité n°8 n'est pas exposée ci-dessous car elle traite du suivi et de l'évaluation du schéma et sera évoquée ultérieurement.

A) L'égalité d'accès aux soins : positionner et qualifier les sites d'urgence en région Centre (priorité 1)

Cette priorité consiste à garantir l'égal accès aux soins de la population, d'assurer la proximité des soins par une meilleure répartition des sites d'urgence clairement identifiés. Sur la base d'un bilan de l'existant réalisé en 1998 par le groupe projet du SROS urgences, une proposition de répartition géographique des sites d'urgences (14 UPATOU, 8 SAU, 2 POSU pédiatrie, 2 POSU cardiologie)[22] figure dans le schéma.

B) La sécurité des soins

a) Positionner et qualifier les sites d'urgence en région Centre (priorité 1 - suite)

La première priorité du SROS urgences contribue également à la sécurité des soins en mettant en place sur le territoire une graduation des soins (UPATOU, SAU, POSU) et leur mise en réseau.

b) Développer des prises en charge spécialisées en matière d'urgence (priorité 2)

La prise en charge des urgences spécialisées sera améliorée par la création de POSU (pédiatrie, cardiologie, chirurgie de la main) (cf ci-dessus).

c) Améliorer la formation initiale et continue des personnels (priorité 3)

[22] ANNEXE IV : Carte de l'implantation des sites

Le renforcement des moyens en personnel médical et paramédical dans les services d'urgence, une meilleure qualification de ces personnels constituent des préalables à l'amélioration de la prise en charge des patients. Ainsi, le schéma rappelle la nécessité de respecter la réglementation en vigueur :

- *pour le personnel médical* (expérience de 1 an de médecine d'urgence ou une capacité d'aide médicale urgente (CAMU) pour tout médecin travaillant sur un site d'urgence / expérience de 2 ans dans le domaine de l'urgence et de la CAMU pour le chef de service des urgences-SMUR),

- *pour le personnel paramédical* (vérification par les autorités de tutelle qu'un enseignement relatif à l'urgence soit inclus dans les programmes des instituts de formation en soins infirmiers / des journées de formation continue devraient être organisées par les établissements sièges d'UPATOU ou SAU),

- *pour l'ensemble du personnel* (des recommandations sont formulées concernant l'information et la connaissance de différentes procédures : accident par exposition au sang, conduite à tenir devant un patient victime d'une agression, conduite à tenir en cas de présomption de sévices à mineur, étapes d'une transfusion de sang… Le SROS préconise pour toutes ces situations la rédaction de procédures validées et régulièrement diffusées, actualisées).

d) Développer la télémédecine[23] (priorité 4)

Les services d'urgence sont demandeurs de télétransmission d'images notamment, au nom de la sécurité et de la qualité des soins. Le SROS prend en compte cette volonté.
Au niveau départemental, les UP pourraient être connectées avec le SAU de référence.
Au niveau régional, le développement de la télémédecine entre les établissements siège d'UP ou SAU et ceux qualifiés de POSU sera favorisé.

e) Optimiser le fonctionnement du dispositif extra-hospitalier SAMU/SMUR (priorité 6)

- *le maillage complet du territoire :*

[23] La télémédecine est un mode organisationnel qui met en œuvre les technologies de l'information et de la communication pour améliorer la prise en charge des patients et des besoins sanitaires de la population en réduisant l'obstacle de la distance entre les acteurs des processus de soins.

La création de nouveaux SMUR (22 sites SMUR ou SAMU/SMUR) pour assurer un maillage complet du territoire est un des supports envisagés. Le délai d'intervention entre la réception de l'appel au centre 15 et l'arrivée sur les lieux des secours doit tendre vers une médiane temps d'une demi-heure.

- *la responsabilité du régulateur :*

Une véritable régulation par les SAMU, centres 15 ou antennes SMUR est recherchée. Il faut assurer un transport médicalisé des patients dans la structure adaptée à leur état. Le SROS précise que l'orientation des patients est de la responsabilité du médecin régulateur.
La mise en place d'un tableau précisant les moyens dont dispose le médecin régulateur du SAMU (et qu'il peut déclencher) est prévue. Ce tableau déroulera 3 hypothèses d'intervention pour chaque canton : appel en 1ère, 2ème ou 3ème priorité pour pallier à une disponibilité d'un des intervenants.

- *la mutualisation des moyens :*

Par ailleurs, l'accent est mis sur la mutualisation des moyens SAMU-SMUR et préfigure une démarche de départementalisation.

- *le respect des normes réglementaires :*

Au 1er janvier 2002 pour les SAU et au 1er janvier 2003 pour les UPATOU, les zones héliportées devront répondre aux normes réglementaires et devront être éclairées la nuit.

f) Favoriser la prise en compte des recommandations du SROS dans les plans d'urgence départementaux (priorité 7)

C) La coopération entre les acteurs

a) Favoriser la participation de la médecine de ville à l'urgence (priorité 5)

Il y a lieu de construire avec les médecins libéraux des solutions pour trouver une logique commune. Dans plusieurs régions, les médecins généralistes participent déjà à la régulation des centres 15 et à la prise en charge des urgences hospitalières. Il faut renforcer cette participation. Diverses modalités de partenariat peuvent être envisagées :

- *les maisons médicales*

Il s'agit d'ouvrir une consultation de médecine générale à proximité immédiate du service des urgences mais indépendante de celui-ci. La permanence serait assurée alternativement par différents praticiens exerçant par ailleurs dans leur cabinet.
Sur le plan juridique, une telle structure pourrait fonctionner sur un mode libéral, les praticiens étant rémunérés par application de la nomenclature des actes professionnels, participant aux frais de fonctionnement et assumant la responsabilité de leurs actes.

- *la participation des médecins libéraux au fonctionnement du service d'urgence*

Il s'agirait soit d'une participation à la prise en charge de toutes les urgences : les médecins libéraux devraient disposer de compétences comparables à celles exigées des médecins hospitaliers (CAMU, expérience d'urgence validée..), soit d'une intervention dans le cadre d'une consultation de médecine générale publique sur le site d'urgence. La prise en charge des frais de fonctionnement serait assurée par l'hôpital et la rémunération des médecins se ferait selon les règles propres de l'hospitalisation publique.

- *la coopération privilégiée de ces intervenants avec la régulation (centre 15)*

Cette participation peut revêtir 2 formes :

- la participation directe, le médecin généraliste libéral assure la fonction de régulateur,
- la collaboration-relais, les appels arrivant à la régulation et ne paraissant pas relever d'un transfert sont transmis à des praticiens organisés pour assurer des visites urgentes.

- *l'éducation du public par des campagnes d'information sur le bon usage du 15 et des services d'urgence*

b) Optimiser le fonctionnement du dispositif extra-hospitalier SAMU/SMUR (priorité 6)

Dans les zones limitrophes, des conventions seront à prévoir avec les établissements extra-départementaux sièges d'un SMUR associés à la couverture du secteur sanitaire. Ces conventions définiront les procédure d'intervention de leurs équipes en fonction de l'éloignement, de la disponibilité des équipes, de l'orientation présumée du malade ou du blessé.

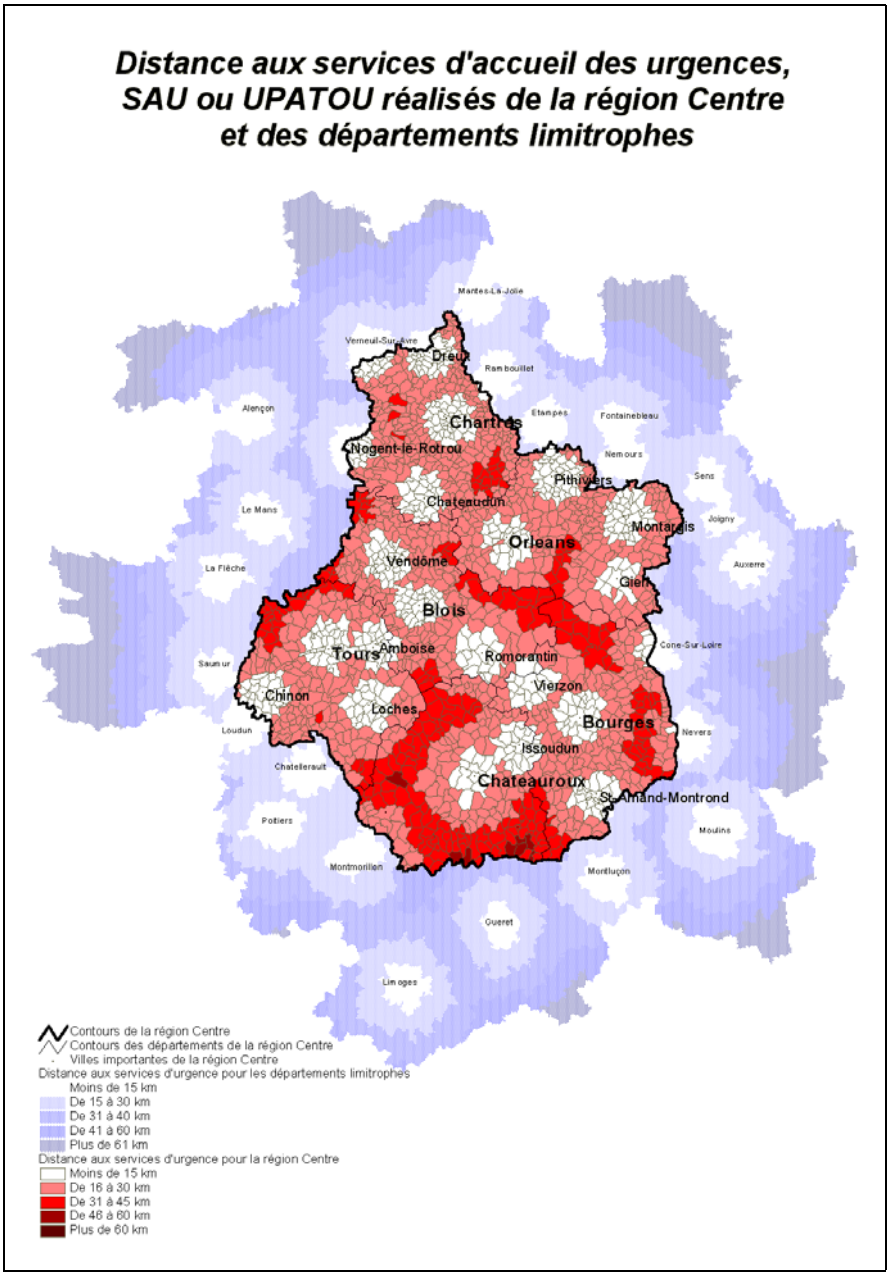
2.2 Quel bilan pour les trois orientations du schéma ?

2.2.1 L'égalité d'accès aux soins globalement assurée

- Sur le plan des installations, l'adoption du SROS Urgences s'est traduite par la délivrance de 22 autorisations. On peut se satisfaire de l'absence de décalage entre la programmation du SROS et les sites installés à l'exception de l'Indre.

	Zone d'Emploi	Sites d'urgence programmé	Ouvert au 31/12/2001
18	Bourges	SAU	Oui
	Vierzon	UP	Oui
	Saint Amand-Montrond	UP	Oui
28	Chartres	SAU	Oui
	Dreux	SAU	Oui
	Châteaudun	UP	Oui
	Nogent-le-Rotrou	UP	Oui
36	Châteauroux	SAU	Oui
	Le Blanc	UP	Non
	Issoudun	UP	Oui
	La Châtre	UP	Non
37	Tours	SAU POSU pédiatrique POSU cardiologique Pôle de référence "main"	Oui Oui Oui Oui
	Amboise	UP	Oui
	Chinon	UP	Oui
	Loches	UP	Oui
41	Blois	SAU	Oui
	Romorantin	UP	Oui
	Vendôme	UP	Oui
45	Orléans	SAU POSU pédiatrique POSU cardiologique Pôle de référence "main"	Oui Oui Oui Oui
	Montargis	SAU	Oui
	Gien	UP	Oui
	Pithiviers	UP	Oui

- La carte ci-dessous relative à l'implantation régionale des services précise l'éloignement kilométrique, en trajet par la route, de chaque commune par rapport aux services d'urgence. On constate ainsi que la grande majorité des communes se trouve à une distance de moins de 30 kilomètres d'un service d'urgence.



La couverture de l'urgence est globalement satisfaisante sur le territoire à l'exception de deux zones. La première correspond au sud de l'Indre et pourrait être corrigée par

l'ouverture des UPATOU de la Châtre et du Blanc prévues dans le SROS initial. Si l'UPATOU de la Châtre ne sera pas ouverte car l'activité ne le justifie pas, l'UPATOU du Blanc fonctionne mais n'a pas sollicité sa visite de conformité.
La seconde zone de couleur foncée correspond à la Sologne caractérisée par une faible densité de la population et qui, par conséquent, ne peut justifier l'ouverture d'un site au-delà de ceux existant à Romorantin et Vierzon.

2.2.2 Une sécurité des soins nettement améliorée

A) Le développement de prises en charge spécialisées en matière d'urgence

Selon les pathologies, les avancées sont plus ou moins importantes.

- Ainsi, pour *l'urgence de la main*, 2 pôles ont été retenus (Tours, Orléans) mais non érigés pour l'instant en POSU. Le CHU de Tours a obtenu l'autorisation de pôle de référence et va solliciter l'autorisation d'ouvrir un site reconnu POSU. Cette démarche, conformément à la réglementation en vigueur, nécessite le renforcement de moyens (création d'un poste de praticien hospitalier) mais devrait aboutir courant 2003. Pour le site d'Orléans, c'est la polyclinique des Longues Allées qui a reçu, au cours de l'année 2002, l'autorisation d'ouvrir un site consacré à l'urgence de la main

- Pour l'*urgence ophtalmologique*, les difficultés de recours à des médecins spécialistes perdurent, le dossier doit être retravaillé.

- La prise en charge de l'*urgence cardiologique* est elle, au contraire, bien développée et continue de l'être. Les unités de soins intensifs en cardiologie (USIC) existent dans tous les départements et 4 POSU ont été autorisés et installés (CHU de Tours, Clinique Saint-Gatien de Tours, CHR d'Orléans, Clinique de la Maison Blanche à Orléans).

- *L'urgence relevant de la santé mentale* rencontre quelques difficultés liées notamment à la démographie médicale très défavorable. Toutefois, le recours à un médecin psychiatre ou du moins à des infirmières spécialisées dans cette discipline s'est développé.

- *L'urgence néonatale* est elle aussi en voie de développement. Ainsi, on notera la constitution d'un POSU pédiatrique à Tours et Orléans ainsi que des SMUR néonataux rattachés à ces sites. Il convient de préciser que le POSU de Tours assume la fonction de conseil pédiatrique en néonatologie pour l'ensemble de la région.

B) L'amélioration de la formation initiale et continue des personnels

On constate dans ce domaine une nette amélioration des compétences du personnel médical (respect des textes réglementaires) et paramédical (renforcement de l'enseignement de l'urgence dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)) .
La formation continue est peut-être le point faible dans la mesure où les charges de travail peuvent constituer des freins. Dans la même logique, la participation aux gardes de régulation du SAMU par tous les médecins hospitaliers du département est reconnue mais se heurte à des problèmes de disponibilité.
Enfin, l'ensemble des recommandations contenues dans le SROS relatives aux conduites à tenir par tout le personnel des urgences en cas de situations spécifiques (accidents d'exposition au sang, victime d'agression, victimes de violences sexuelles…) ont fait l'objet de travaux dans les services.

C) Les débuts de la télémédecine

Nous l'avons précédemment évoqué, et la rencontre avec des professionnels le confirme, les services d'urgence sont demandeurs de télétransmission d'images. Il existe déjà des réseaux informels de télémédecine ou du moins de mise en place de moyens de télécommunication entre établissements. Ainsi, le centre hospitalier de Châteauroux procède à des télétransmissions d'images avec le centre hospitalier de Clermont-Ferrand.

Toutefois, un premier réseau d'imagerie lourde (scanner) a été officialisé depuis peu. Le centre hospitalier de Montargis (Loiret) est l'initiateur du projet. Il s'agit de mettre en réseau trois sites d'imagerie de Montargis : l'hôpital, la clinique et un cabinet de médecine de ville par lignes haut débit. Une extension du réseau d'imagerie est même envisagée aux sites de cancérologie du département puis, à plus long terme, à tous les généralistes et spécialistes du département. L'imagerie de la région concourt d'ailleurs au développement de la télémédecine.

Enfin, en région Centre, sur l'initiative du conseil régional, un réseau régional télématique à haut débit à l'usage de l'administration se met actuellement en place. Il s'agit de mettre à la disposition d'utilisateurs institutionnels (universités, lycées, hôpitaux…) des liaisons télématiques. Si le premier usage concerne Internet avec un accès plus rapide aux sites, cette infrastructure servira également à l'échange de données informatisées dans les fonctions les plus pointues. Ainsi, les hôpitaux devraient pouvoir bénéficier d'un système sécurisé permettant de transporter, notamment, de l'imagerie médicale.

D) L'optimisation du fonctionnement du dispositif extra-hospitalier

a) Un maillage satisfaisant du territoire

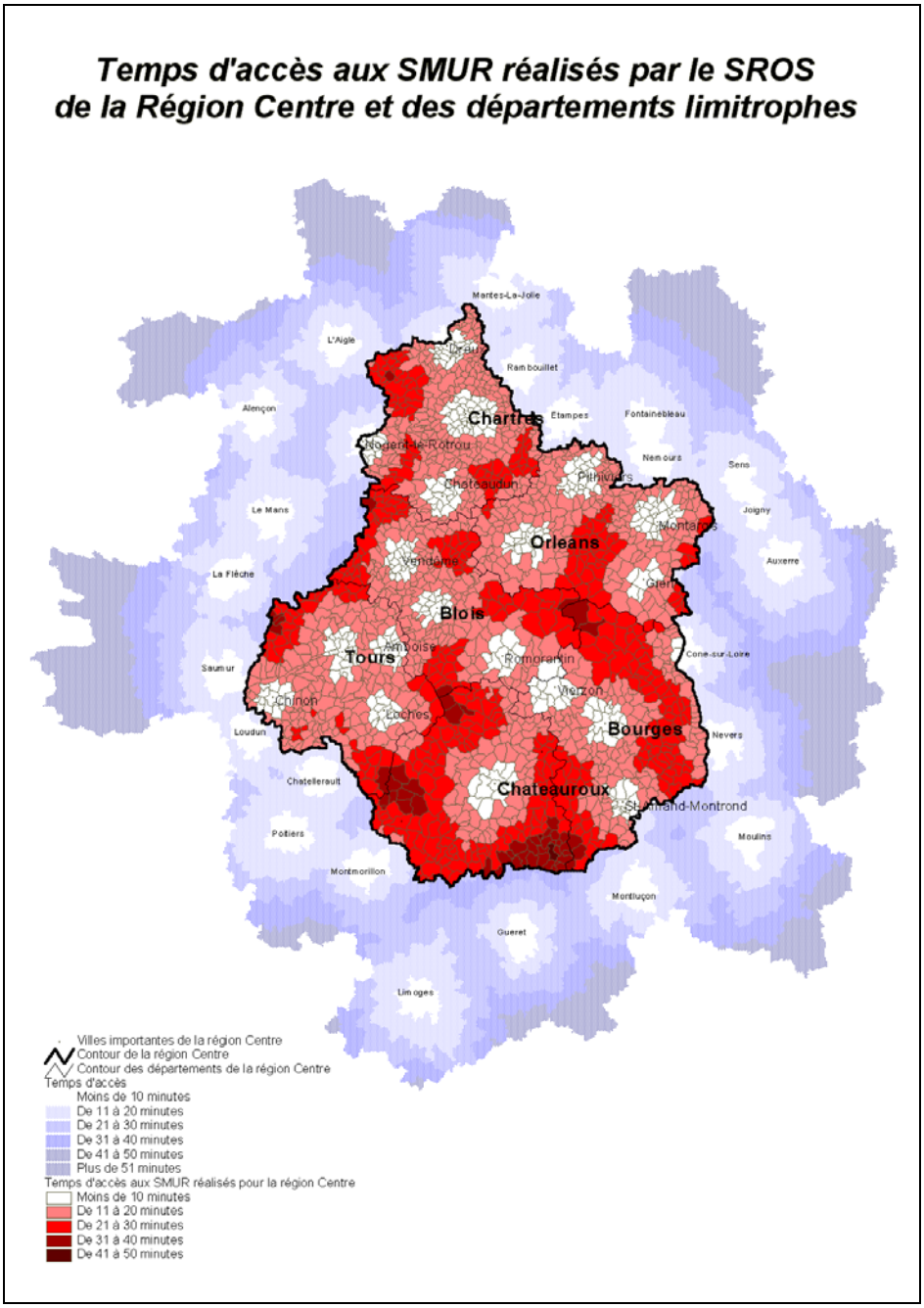
Une nouvelle fois, on peut constater la progression du dispositif entre 1999 et aujourd'hui grâce au renforcement des SMUR et l'ouverture d'antennes. 21 autorisations ont ainsi été délivrées, permettant d'atteindre l'objectif d'une médiane temps de 30 minutes.

	Zone d'Emploi	Répartition géographique des SAMU - SMUR	Ouvert au 31/12/2001
18	Bourges	SAMU-SMUR	Oui
	Vierzon	SMUR	Oui
	Saint Amand-Montrond	SMUR	Oui
28	Chartres	SMUR	Oui
	Dreux	SAMU-SMUR	Oui
	Châteaudun	SMUR	Oui
	Nogent-le-Rotrou	SMUR	Oui
36	Châteauroux	SAMU-SMUR	Oui
	Le Blanc	**SMUR en concertation avec POITIERS**	**Non**
	Issoudun	SMUR	Non
	La Châtre	Intervention du SMUR de CHATEAUROUX	Oui
37	Tours	SAMU-SMUR SMUR pédiatrique	Oui Oui
	Amboise	SMUR	Oui
	Chinon	SMUR	Oui
	Loches	Antenne SMUR	Oui
41	Blois	SAMU-SMUR	Oui
	Romorantin	SMUR	Oui
	Vendôme	SMUR	Oui
45	Orléans	SAMU-SMUR SMUR pédiatrique	Oui Non
	Montargis	SMUR	Oui
	Gien	SMUR	Oui
	Pithiviers	Antenne SMUR	Oui

On retrouve les mêmes caractéristiques que pour l'implantation des sites d'urgence : les SMUR d'Issoudun et du Blanc n'ont pas été ouverts. Dans les faits, le centre hospitalier du Blanc est en voie de contractualisation avec celui de Chateauroux, ce dernier intervenant

déjà pour Issoudun.[24] Il est intéressant de souligner que nous ne sommes plus ici dans une logique de SMUR autonome et que ce sont les prémices de la mutualisation des moyens entre établissements. Cette mutualisation est d'autant plus justifiée que le développement des transports héliportés doit permettre, à terme, un maillage complet du territoire.

Actuellement, des temps de déplacements supérieurs à trente minutes peuvent être encore atteints dans le département de l'Indre. C'est d'ailleurs ce qu'illustre la carte ci-dessous :



[24] Cf infra pour la description de cette organisation départementale

Toutefois, il convient de préciser que cette carte n'intègre pas le transport sanitaire héliporté. Or, l'implantation récente d'un hélicoptère à Châteauroux, le quatrième de la région[25], doit permettre de placer l'ensemble des communes de la région à moins de 30 minutes.

b) Le rôle essentiel du régulateur

Il est intéressant de souligner que dans un contexte de grève des médecins généralistes, les appels des centres 15 ont doublé ces derniers mois (300 appels en moyenne par jour au centre 15 d'Eure-et-Loir contre 140 avant la grève) sans pour autant doubler le nombre de passages aux urgences, qui d'ailleurs sont stables depuis une année. Ce constat atteste du rôle primordial des centres 15 dans la gestion de l'urgence et dans l'orientation des usagers, rôle que les médecins régulateurs semblent pleinement jouer.

c) Une amorce de mutualisation des moyens SAMU/SMUR

Le SROS initial posait le principe de mutualisation des moyens des SMUR, préfigurant à terme leur départementalisation. Ce mouvement est amorcé dans le département de l'Indre.
Pour l'Indre, le SROS initial prévoyait l'implantation de trois SMUR (Châteauroux, Issoudun et Le Blanc). Actuellement, les SMUR du Blanc et d'Issoudun ne sont pas installés, celui de Châteauroux a été renforcé en 2000 et 2001 notamment dans la perspective de ses interventions sur le site de La Châtre.
Il apparaît, dans les faits, que la démographie médicale de ce département a rendu illusoire un fonctionnement autonome de ces structures et a appelé une mutualisation des SMUR. Dans ce cadre, l'agence régionale de l'hospitalisation prévoit, dans son plan d'action 2003, la mise en place d'un SMUR départemental dans l'Indre reposant sur un réseau entre le SAU de Châteauroux, les UPATOU d'Issoudun et du Blanc.
Ce projet en appelle d'autres, ainsi, le département du Loir-et-Cher est lui aussi engagé dans la même démarche de mutualisation.

[25] après Dreux, Orléans et Tours

2.2.3 Une coopération défaillante des acteurs de l'urgence ou l'impossible réseau des urgences?

A) La participation de la médecine de ville : quelques expériences locales plus qu'une réelle dynamique

Nous l'avons déjà évoquée, la désaffection du secteur libéral dans certaines zones de la région impacte fortement le fonctionnement des structures hospitalières qui ne peuvent, en l'état actuel de leurs possibilités et de leurs missions, assurer seules ce nouveau flux de patients. Ainsi, des dispositifs sont actuellement expérimentés dans les départements de l'Indre et de l'Eure-et-Loir pour favoriser l'implication des médecins généralistes dans le processus de permanence des soins soit seulement 2 des 6 départements de la région Centre. Les projets similaires dans les autres départements ont avorté renforçant le sentiment de fragilité de l'implication des médecins libéraux.

Pour le département d'Eure-et-Loir, cette participation des libéraux a donné lieu à la signature d'un protocole expérimental relatif à la permanence des soins de ville, le 12 février 2003, par le directeur du SAMU d'Eure-et-Loir, les représentants de la médecine libérale et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

La coopération avec la médecine de ville peut être organisée sous des formes diverses, quatre sont actuellement explorées dans la région.

a) La participation des médecins libéraux volontaires à la régulation du centre 15

Un médecin libéral régule au centre 15 de Dreux de 20 heures à 24 heures en semaine, de 14 heures à 24 heures les week-end et jours fériés. L'Association des Médecins Urgentistes (AMU) assure la coordination (plannings) et la gestion financière des régulateurs libéraux (rémunérés par l'URCAM). Sur les 300 médecins généralistes du département, seule une trentaine a répondu favorablement et a accepté de participer à ce dispositif.

b) La permanence des soins de ville

Pour cette approche le département d'Eure-et-Loir est divisé en trois arrondissements :

- *Chartres et ses environs* : un dispositif nommé "Urgence Libérale Médicale (ULM)" est mis en œuvre à titre expérimental. Il implique le déplacement d'un médecin volontaire assurant une permanence toutes les nuits de 20 heures à 8 heures, pour effectuer des visites à domicile sur régulation du centre 15. Ce médecin perçoit une rémunération forfaitaire de 550 euros. Cette rémunération est justifiée par les contraintes particulières de

cet exercice (permanence en dehors du domicile, travail de nuit, secteur d'intervention élargi, difficulté à assurer l'activité du cabinet le lendemain).

- *Chateaudun et Nogent-le-Rotrou* : compte tenu du faible nombre de sorties des SMUR des établissements hospitaliers et du faible nombre de visites à domicile effectuées la nuit, les SMUR concernés prennent en charge, entre 0 heure et 8 heures, les visites à domicile incombant actuellement aux médecins généralistes. En contrepartie, les médecins libéraux s'engagent à organiser une garde médicale tous les soirs de 20 heures à 24 heures et les week-end et jours fériés.
- *Dreux et une partie de l'arrondissement de Chartres non couverte par l'ULM :* les réquisitions des médecins généralistes sont poursuivies. La démographie médicale, trop défavorable, ne permet pas d'envisager d'autres dispositifs.

c) La mise en place de maisons médicales à Chartres, Dreux, Châteauroux

Une maison médicale est créée à Chartres dans un local mis à disposition par le centre hospitalier sur le site de l'Hôtel Dieu. Elle permet à un médecin du périmètre d'intervention de l'ULM de Chartres et des environs, d'assurer des consultations tous les soirs de 20 heures à 24 heures, le samedi de 14 heures à 24 heures et les dimanches et jours fériés de 8 heures à 24 heures. Le financement est pris en charge par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).
Une structure identique est envisagée à Dreux dès que l'AMU Dreux aura réuni les conditions matérielles nécessaires à son fonctionnement.

De même, la création d'un centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS) dans la ville de Tours depuis le mois de mars participe également à la politique d'intégration de la médecine de ville à l'activité des urgences. Il s'agit d'un cabinet médical spécifique, ouvert la nuit (week-end et jours fériés compris) avec des médecins libéraux assurant leur garde et garantissant les besoins médicaux de proximité de la population. Les visites à domicile sont effectuées par d'autres praticiens ou par des organisations type SOS médecins car les médecins du CAPS ne se déplacent pas.

d) La présence des médecins libéraux à l'hôpital : la mise en place de consultations non programmées ou la participation directe au service d'urgence

Depuis le début du mois d'avril, le centre hospitalier de Chateauroux a mis en place une consultation libérale rémunérée à l'acte au sein de son établissement. L'idée est de redonner une large part de l'activité non programmée à la médecine libérale. Le centre hospitalier met

à disposition deux pièces affectées à cette consultation comprenant une salle d'examens à proximité immédiate du service des urgences.

Depuis novembre 2002, et parallèlement au protocole expérimental du dispositif de permanence des soins dans l'Eure-et-Loir, le service des urgences du centre hospitalier de Chartres intègre dans son équipe des médecins généralistes.

Cette expérience est conduite par le chef du service des urgences, le Dr Frédéric Duriez. Actuellement, 6 médecins généralistes travaillent une demi-journée par mois au sein de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) du service. L'intérêt est partagé :

- pour les médecins généralistes, ils établissent un lien avec des spécialistes hospitaliers, rencontrent des pathologies différentes de celles de la médecine de ville et ont accès à un plateau technique performant.
- pour l'hôpital, cet échange permet une vision différente de la médecine libérale et favorise le dialogue.

Enfin, ce dispositif permet de dégager du temps pour les médecins du service qui peuvent se recentrer sur les urgences ou se rapprocher du temps de travail hebdomadaire légal soit 48 heures par semaine. L'expérience paraît concluante puisque les 6 médecins concernés viennent tous de renouveler leur engagement.

B) Une coopération encore timide entre établissements et entre acteurs de l'urgence pré-hospitalière

La coopération entre acteurs de la prise en charge des urgences est prévue par la réglementation en vigueur et est déjà mise en place sur le territoire. Ainsi, entre établissements, le système des contrats relais et des conventions contribue à cette coopération.

- Les contrats relais doivent permettre une orientation rapide du patient vers l'établissement complémentaire, lorsque l'établissement siège de l'UPATOU auquel le patient est adressé, présente un plateau technique ou des compétences médicales insuffisants. Ils présentent les conditions dans lesquelles la coordination entre établissements doit s'effectuer.
- Les conventions sont conclues entre l'établissement siège d'un SAU ou d'une UPATOU avec, par exemple, les établissements auxquels sont rattachés les secteurs psychiatriques situés dans son aire d'attraction. Les établissements doivent également passer des conventions avec les établissements disposant de SMUR et avec l'établissement où est implanté le SAMU.

La coopération entre les acteurs de l'urgence pré-hospitalière existe également via l'obligation d'interconnexion entre les centres d'appels des pompiers et du SAMU, mais la mise en place d'une plate-forme unique au sein de l'hôpital renforcerait cette coopération, facteur d'optimisation de la prise en charge.

2.3 Quelle analyse de l'outil SROS en région Centre ?

2.3.1 Des limites intrinsèques à la planification

A) Un champ d'intervention réduit au domaine sanitaire

a) Une partie des urgences échappe au SROS

Le SROS comme son nom l'indique n'a vocation à traiter que de l'organisation sanitaire d'une région c'est-à-dire de la répartition de l'offre de soins entre les établissements de santé. Ainsi, la planification des urgences ne concerne que les services d'accueil des urgences des établissements de santé et les services mobiles d'urgence ou de réanimation. Autrement dit, une partie des urgences médicales lui échappe, principalement l'organisation des tours de garde des médecins libéraux et les transports sanitaires non rattachés à un SMUR. Dans l'état actuel des textes, la planification des urgences ne traitant que d'une partie du problème des urgences, elle n'est pas, et ne peut pas être, complète.
Pour contourner cette difficulté, certains SROS ont tenté d'englober les activités qui leur échappaient par essence. Ainsi, des SROS ont prévu l'organisation de gardes de médecins libéraux dans les centres hospitaliers sans disposer de moyens juridiques et financiers, ni des moyens de contraindre les médecins libéraux à y participer. Face à une certaine fragilité juridique de ces dispositifs, révélée par l'arrêt du Conseil d'Etat du 15 février 1999 URHP du Nord-Est, la loi CMU du 27 juillet 1999 a modifié le code de la santé publique en permettant au SROS de « comporter des recommandations utiles à sa réalisation ».

b) Quelle pertinence pour les recommandations contenues dans le SROS ?

Alors que certains éléments du SROS sont opposables aux demandeurs d'autorisations de création de service d'urgence (les objectifs et les annexes), d'autres peuvent s'adresser à tous les acteurs du système de santé et notamment aux médecins libéraux en n'étant que de simples recommandations. Dans le SROS Urgences de la région Centre, la priorité d'action n°5 relative à la participation de la médecine de ville à l'urgence apparaît ainsi plus comme une recommandation. D'ailleurs, il est intéressant de souligner que c'est l'une des orientations les moins abouties du fait de l'absence de moyens d'actions et de marge de

manoeuvre sur tout ce pan des urgences. Or, dans un tel cas, on peut être amené à s'interroger sur la pertinence d'une telle recommandation qui s'apparente plus à un vœu, un souhait. La coopération ne se décrète pas et en cela le SROS est limité. Pour que cette coopération existe, il s'agit de "s'atteler" à ce qui ne se décide pas c'est-à-dire l'indispensable transformation de la culture médicale.

B) Un SROS « taxé » d'hospitalocentrisme

A la lecture du SROS Urgences de la région Centre, on constate que tous les services d'accueil d'urgence programmés sont implantés dans des établissements publics. Or, on peut sans doute s'en étonner car la loi hospitalière du 31 juillet 1991 ouvre la possibilité pour les établissements de santé privés d'être reconnus comme service d'accueil d'urgence. Cet hospitalocentrisme, dont a parfois été taxé le SROS de la région Centre, a pourtant une explication.

Les autorisations délivrées sur le fondement des SROS Urgences de 1999 sont juridiquement des autorisations « de poursuite d'activité » fondées sur les dispositions transitoires de la loi du 31 juillet 1991 (article 25). Autrement dit, du fait de l'aspect transitoire du dispositif, cette planification semblait être destinée à permettre le maintien des services déjà constitués et justifiant d'un certain volume d'activités. L'aspect planificateur supposait au contraire que des sites déjà existants et actifs soient fermés et d'autres ouverts au motif, par exemple, d'une répartition défaillante de l'offre de soins. Dans la région Centre, l'option retenue a été celle de maintenir les services existants et de les « officialiser », expliquant ainsi l'absence d'établissements privés. La rationalisation technique (répartition des sites entre UPATOU et SAU) a été privilégiée à la rationalisation géographique. Pourtant, nous le verrons plus tard, le SROS a évolué et des sites d'urgence ont été autorisés et installés au sein d'établissements privés.

C) Une planification insuffisamment déclinée

Selon l'article L 6121-3 du Code de la Santé Publique, le SROS détermine la répartition géographique des installations et activités de soins qui permet d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Or, déterminer l'implantation géographique des sites est une première étape, l'anticipation des conséquences que peuvent générer ces ouvertures de sites en est une autre.

Ainsi, il conviendrait de déterminer concomitamment à la programmation d'ouverture des sites, les besoins matériels, financiers et humains qu'induisent la création d'un service d'urgences.

Pour la région Centre, sur les 22 ouvertures de sites programmées (UPATOU et SAU), deux unités de proximité (Le Blanc et La Châtre) n'ont pu être ouvertes. Le recrutement de l'équipe professionnelle nécessaire n'a pas été possible, la faible attractivité de la zone géographique et la pénurie de médecins n'étant pas étrangères à cet « échec ». Or, le SROS n'avait pas pris en compte ce paramètre.

Il en est de même pour le coût financier de l'ouverture de services d'urgence. L'administration ne « budgétise » pas le coût d'un SROS, il n'y a pas de planification budgétaire. Ce n'est qu'après avoir obtenu l'autorisation d'ouverture d'un service lors de la négociation du contrat d'objectifs et de moyens qu'intervient la problématique du coût. Les moyens nécessaires pour accompagner le site, le faire vivre, ne sont chiffrés qu'a posteriori.

A travers ces exemples, la planification semble insuffisamment « déclinée », la cascade de conséquences que génère l'ouverture d'un site n'est pas suffisamment anticipée.

2.3.2 Amélioration et adaptation de l'offre de soins

A) Une amélioration importante du système de santé "Urgences" en région Centre

a) La définition des rôles, la restructuration des plateaux techniques

Le schéma a permis d'aboutir, pour la première fois, à une structuration de l'offre de soins en matière d'urgence dans la région, d'obtenir une visibilité des services d'urgence et de déterminer entre ces services les compétences de chacun. Ainsi, il a permis de définir des niveaux de prise en charge du patient distincts entre UPATOU, SAU et POSU.

Dans les faits, cette graduation des services d'urgence a induit un renforcement du niveau d'exigence de la prise en charge par le biais notamment d'une restruturation des plateaux techniques pour répondre aux normes fixées par les décrets de 1995 et 1997 relatifs aux services d'urgence. Dans ce sens, le SROS a été un cadre structurant, une ligne de conduite à tenir et dont la mise en œuvre a été effective.

b) L' amélioration du fonctionnement des urgences

L'amélioration s'apprécie à l'intérieur d'un établissement entre le service d'urgence et les autres services par le biais de :

– La mise en place de protocoles formalisés portant par exemple sur les bonnes pratiques de diagnostic aux urgences, sur les examens à réaliser ou non dans ce service avant une hospitalisation dans un service clinique. Des protocoles ont également été mis en place pour préciser les procédures à suivre avec les services techniques (laboratoires) mais également

pour décrire la marche à suivre en cas d'hospitalisation dans un autre service que celui dont relèverait normalement le patient,

- Le développement de l'utilisation des lits d'hospitalisation de très courte durée,
- Le développement des relations entre les services de psychiatrie et d'urgence (présence de personnel médical ou paramédical spécialisé),
- La possibilité de faire venir aux urgences des spécialistes (ex : gériatre, cardiologue)
- La création ou le renforcement de moyens pour traiter des aspects sociaux des urgences (assistantes sociales),
- La réservation systématique de lits pour les urgences dans les services de médecine ou de spécialité (Tours).

c) Le renforcement des services : volonté de l'ARH et des établissements

Cette amélioration de la prise en charge des urgences a été possible par le soutien financier du ministère relayé par l'ARH qui s'est donnée les moyens financiers pour la mise en œuvre du SROS Urgences.

Ainsi, sur les quatre dernières années, les moyens consacrés à l'amélioration des urgences dans la région Centre sont assez importants : 16,250 millions de francs en 1999 (dont 12 millions pour renforcer le personnel médical et non médical), 18,210 millions en 2000, 9,050 millions en 2001 et 8,629 millions en 2002. Pour l'année 2003, l'effort financier est poursuivi : 1,22 millions d'€ soit 8 millions de francs pour les seuls budgets primitifs.

B) Un SROS réactif et évolutif

a) Une évolution prévue et effective

La priorité n°8 du SROS Urgences de la région Centre est consacrée au suivi et à l'évaluation du schéma ce qui atteste du souci des auteurs de la mise en œuvre efficace du SROS et de sa cohérence. Des pistes sont formulées pour mener à bien cette priorité :

- La mise en œuvre de procédures à l'intérieur des services d'urgence (études des délais entre heure d'arrivée dans le service, heure de prise en charge médicale et heure de sortie, mise en place de protocoles de soins écrits),
- L'utilisation d'indicateurs de qualité au travers du délai d'intervention SAMU/SMUR,
- Le suivi du SROS via notamment une évaluation à trois ans de la mise en conformité par rapport à la réglementation et par rapport aux termes des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements.

Cette priorité a été mise en œuvre et une évaluation a été réalisée au cours de l'année 2001. Cette évaluation à mi-parcours du SROS Urgences est pertinente car elle permet de dresser un état des lieux, de recadrer si nécessaire et de dégager de nouvelles pistes d'actions. Il faut à ce sujet rappeler que la vie d'un SROS est de cinq ans et qu'il est amené de par sa définition même à évoluer. Il ne doit être ni statique, ni figé.

Ce document d'évaluation réalisé par le médecin inspecteur régional dresse un bilan des huit priorités d'actions contenues dans le SROS initial et propose une évolution de la restructuration des urgences en région Centre. Deux propositions ressortent de ce travail :

- Le renforcement des moyens en personnel de certaines structures et l'allocation de moyens nouveaux sont nécessaires. En effet, la mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière et du repos compensateur pour les médecins renforcent encore les contraintes sur les personnels soignants.
- Par ailleurs, la progression des passages aux services d'urgence ne faiblit pas et entretient des tensions sur certains sites SAU. Comme l'usager plébiscite la structure hospitalière et que, parallèlement, la médecine de ville "démissionne", il est proposé de renforcer certains SAU par l'implantation d'une UPATOU sur la même zone géographique.

b) Une évolution qui corrige les défauts du SROS initial

Il est intéressant de s'interroger sur le sens de cette évolution du SROS. En effet, l'implantation d'UPATOU sur la même zone qu'un SAU ouvrait les portes des urgences aux établissements de santé privé. Cette proposition a été suivie d'effets puisque 3 nouvelles autorisations d'UPATOU ont été ou vont être accordées à des cliniques (la clinique St François à Chartres, la clinique de la Présentation à Orléans, Tours). C'est un tournant pour la planification des sites d'urgences dans la région car elle met à mal l'hospitalocentrisme dont été taxé le schéma initial et atteste de la réactivité des auteurs du schéma face aux besoins de la population.

Dans quelle mesure le SROS a-t-il répondu aux problématiques des urgences ?

Il ressort de cette étude que le schéma a sans doute plus répondu aux problématiques de la planification hospitalière (graduation des services d'urgence et mise aux normes des établissements) qu'aux attentes de l'usager qui souhaite être soigné vite et bien. Toutefois, le chemin est long et les avancées notables. Le SROS III doit s'appuyer sur les quelques expériences locales développées en matière de permanence des soins et favoriser la mutualisation des moyens, la coopération des acteurs.

3 PROPOSITIONS POUR UN SROS III URGENCES : UNE APPROCHE FONDEE SUR LE DECLOISONNEMENT DES ACTEURS ET LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

Certaines difficultés continuent à perturber l'organisation des services d'urgence. Les causes en sont multiples : une médecine ambulatoire qui doit se réorganiser pour assurer la permanence des soins face à une évolution défavorable de la démographie médicale et à une certaine démobilisation des médecins libéraux, l'afflux continu des patients aux urgences, les difficultés constantes à trouver des lits d'aval.

Ces dysfonctionnements peuvent conduire rapidement à des défauts de couverture du risque médical ou à des gaspillages dans l'utilisation de moyens lourds et coûteux pour des prises en charge qui parfois ne l'exigent pas. Il appartient aux outils de la planification de l'offre de soins et donc au SROS de travailler sur tous ces dysfonctionnements par le biais de deux axes principaux : le décloisonnement des hommes et des structures (3.1), la coordination de la prise en charge de l'urgence (3.2).

3.1 Le décloisonnement des hommes et des structures

3.1.1 Urgences et permanence des soins : une complémentarité indispensable

A) Les principes de la correction de la permanence des soins jusqu'ici défaillante

Les services d'urgence voient leur mission s'élargir par substitution à la médecine de ville, elle-même débordée dans son rôle de suivi ambulatoire d'une population vieillissante. La permanence des soins vacille par défaillance du réseau ville-hôpital, provoquant un recours croissant aux SAU.

Or, la mission des urgentistes n'est pas d'apporter des soins relevant de la médecine ambulatoire. Ils n'ont pas à assurer seuls la continuité des soins. L'organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences doivent être complémentaires. Elles doivent être coordonnées et médicalement régulées et ce travail relève des autorités de planification.

Ces difficultés de structuration de la prise en charge des soins urgents et non programmés ont incité le ministère à engager une réflexion visant à améliorer certaines dispositions des décrets de 1995 et 1997 relatifs aux services d'urgence et visant à organiser la permanence des soins. Un groupe de travail a été constitué sur le thème des urgences ; ses propositions

ont abouti à la rédaction de la circulaire de la DHOS du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences qui formule des recommandations aux ARH et services déconcentrés.
Pour le thème de la permanence des soins, les responsables des SROS disposent désormais d'une base de travail par le biais de deux documents rédigés par le ministère de la santé : la circulaire de la DHOS du 15 juillet 2002[26] et le rapport Descours relatif à la permanence des soins publié en janvier 2003.
Le premier document précise les modalités de mise en œuvre des dispositifs de permanence des soins : définition de secteurs d'astreinte, conditions de rémunération de l'astreinte, mise en place d'un dispositif de réception et d'orientation des appels aux médecins généralistes.
Le rapport est, quant à lui, le fruit d'une réflexion menée par un groupe de travail réunissant pour la première fois, les représentants du monde hospitalier, de la médecine de ville et les institutionnels. Ce groupe de travail s'est attaché, d'une part, à définir la mission de la permanence des soins et les obligations déontologiques qui lui sont associées. D'autre part, il a tenté de définir des solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins. Trois piliers de la permanence des soins ont été retenus : volontariat, régulation et sectorisation.

Pour garantir un égal accès aux soins, ce rapport préconise la création d'un accueil médical de proximité ouvert aussi bien la nuit que les week-end et jours fériés, construit à partir d'une collaboration entre les médecins libéraux et les structures hospitalières. Le rapport note également qu' "il est de la responsabilité des pouvoirs publics et des caisses d'assurance maladie de dégager les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces propositions".

Au final, il ressort de ces travaux que le prochain SROS doit faciliter la mise en place de la permanence des soins et réfléchir aux différentes modalités d'organisations possibles. Pour cela, le rapprochement des médecins libéraux et médecins hospitaliers est fondamental et peut être facilité, par exemple, par une réactivation des comités départementaux d'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU), structure de concertation de l'ensemble des acteurs du système tombée en désuétude notamment en région Centre. Ces échanges constitueraient un préalable pouvant amener à l'implication des libéraux dans la chaîne de l'urgence.

[26] Circulaire op.cit 20

B) Comment réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence

Les projets de maisons médicales se développent sur tout le territoire notamment dans la région Centre. Celles-ci sont très hétérogènes en terme de modalités de fonctionnement. On distingue deux types de maisons médicales : les premières articulées avec le service des urgences ont pour objectif d'être complémentaires avec l'organisation hospitalière ; les secondes implantées en ville sont indépendantes de l'hôpital et constituent une modalité d'organisation de la permanence des soins des médecins libéraux, voire un mode d'exercice de la médecine générale. Les professionnels et institutionnels que j'ai pu rencontrer sont plus enclins à favoriser le premier type de maisons médicales ("ils y croient plus") dans la mesure où ces structures disposent du plateau technique de l'hôpital, du savoir-faire et de la technicité des médecins urgentistes voire des médecins spécialistes. Par ailleurs, du fait de la proximité, la réorientation du patient vers les services d'urgence est facilitée contrairement à la seconde hypothèse. Ainsi, au centre hospitalier de Dreux (Eure-et-Loir), le chef du service des urgences, le Docteur Brunet réfléchit à la création d'un accueil de médecine générale non programmé à proximité ou au sein de l'hôpital, à l'image de ce qui est mis en place au centre hospitalier de Châteauroux. Les avantages seraient nombreux :

- Le voisinage des praticiens hospitaliers et des médecins libéraux permet d'améliorer la connaissance et la reconnaissance de leurs activités respectives.
- Le médecin libéral peut obtenir une meilleure garantie technique en faisant appel, si besoin est, à son confrère hospitalier ainsi qu'au plateau technique de l'hôpital.
- Une diminution importante de la charge de travail des services d'urgence hospitaliers peut être attendue et autorisera une prise en charge plus rapide des urgences graves.
- La rémunération à l'acte des médecins garantit à la structure hospitalière de ne pas déployer de moyens supplémentaires.

Réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence peut être envisagé également sous la forme d'une participation directe aux services d'urgence ou au centre 15. Pour cela, plusieurs modalités sont envisageables, soit par une participation directe à la régulation du centre 15, soit par un système de vacation tel qu'il est expérimenté actuellement au centre hospitalier de Chartres (Eure-et-Loir), soit enfin par un système de temps partiels ou de consultations non programmées au sein de la structure hospitalière.

3.1.2 Raisonner en parcours de patient

A) La graduation des soins à partir des territoires d'accès aux soins

En matière de planification, les textes réglementaires définissent des territoires d'action au sens de mise en œuvre des politiques ; il s'agit des secteurs sanitaires. L'objectif qui sous-tend cette réflexion territoriale, c'est l'accès effectif et efficace de la population à l'ensemble des services sanitaires et notamment aux services d'urgence sur ce secteur. Or, en pratique, ces secteurs sanitaires ne constituent pas toujours un cadre dynamique pour l'organisation de l'offre de soins. Les acteurs raisonnent toujours en terme d'établissements et non en terme de secteur. Il n'existe pas d'animation des secteurs alors qu'elle pourrait constituer un support pour la mise en œuvre d'une chaîne de l'organisation des soins. Il faut donc sortir de cette structuration purement administrative pour arriver à une structuration plus professionnelle, plus pragmatique.

A cette fin, l'organisation des soins doit s'inscrire dans une échelle de territoire d'accès aux soins qui permet de mieux décrire la graduation et la coordination des soins. Le principe est qu'à chaque niveau de territoire un ensemble de services de santé, somatiques, psychiatriques, curatifs et palliatifs doit être disponible et accessible à la population. Ces niveaux de territoire doivent nécessairement être reliés entre eux pour mettre en place une graduation des soins. Cette graduation de l'offre de soins repose sur le principe de subsidiarité c'est-à-dire qu'il faut traiter au plus proche ce qui doit l'être.

Il s'agit de construire une chaîne de l'organisation des soins allant de la proximité aux soins les plus spécialisés. Travailler sur cette chaîne revient à travailler sur le circuit offert aux patients dans le domaine des soins et à se recentrer sur l'usager.

Sur ce thème, le rapport du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)[27] publié en mai 2003 relatif aux territoires de santé envisage 3 à 5 niveaux de territoire qui s'appliquent pertinemment aux services d'urgence :

- *Le niveau de proximité* correspond au niveau de premier secours impliquant les médecins généralistes, les infirmiers et pharmaciens. L'exercice interprofessionnel doit permettre la continuité de la prise en charge que les praticiens isolés ont de plus en plus de difficultés à assurer. A ce niveau, le SROS doit intégrer une articulation entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires. En outre, en milieu rural, le rôle de l'hôpital local devra d'autant plus être développé. Jean-François Mattéi, actuel Ministre de la santé, vient

[27] Rapport du CREDES « Territoires et accès aux soins », mai 2003. Ce rapport est l'aboutissement d'un groupe de travail créé dans la perspective de la révision des SROS.

d'ailleurs de réaffirmer la place des hôpitaux locaux pour organiser les soins de proximité[28]. Une circulaire de la DHOS du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local confirme les propos du Ministre. En effet, l'objet de cette circulaire est de fixer les orientations concernant la place de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins dans le cadre de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Il constitue le premier maillon d'accès aux soins pour les personnes vivant en zone rurale et présente beaucoup d'atouts : sa souplesse, la continuité de la prise en charge des patients, un lieu de rapprochement des prises en charge sanitaire et sociale, une coopération originale entre la médecine libérale et l'hôpital. Il doit assurer son rôle de plate-forme sanitaire de premier secours en apportant son concours à la permanence des soins et en faisant de l'accueil non programmé.

- *Le niveau intermédiaire* correspond au premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique. L'hôpital de secteur est le pivôt de la prise en charge des urgences.
- *Le niveau régional* est celui des prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux (chirurgie spécialisée, cardiaque…)
- *Un niveau interrégional* peut compléter le dispositif pour les zones frontalières (prise en charge des grands brûlés).

Pour mettre en place cette chaîne de l'organisation des soins, le SROS devra contenir une cartographie des territoires d'accès aux soins indiquant l'analyse des flux, la nature des coopérations et mutualisations, les lieux de permanence des soins. Ceci le contraint à avoir une analyse plus concrète de l'activité d'urgence, à être « plus proche du terrain » et de corriger l'approche trop administrative qui est la sienne.

Le rapport du CREDES propose également, pour gagner en pragmatisme, que le schéma soit décliné au niveau de ces territoires d'accès aux soins sous la forme de projets médicaux de territoire. Ces projets contiennent les réponses apportées par les acteurs de santé publics, privés et libéraux pour couvrir les besoins de santé de la population. Ils décrivent les plateaux techniques et identifient les champs d'intervention des établissements, les modalités de recours et transferts entre établissements sachant que l'implantation des plateaux techniques doit garantir à la population du territoire, l'accès à des équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24, réactives aux situations d'urgence. Lorsque cela n'est pas possible pour des nécessités d'ordre géographique, le projet médical du territoire doit prévoir l'accès aux moyens possibles de télémédecine et aux transports d'urgence (SMUR et hélicoptère) permettant un transfert dans des conditions de rapidité et de sécurité.

[28] Discours prononcé le 31 mai 2003 lors des assises nationales des hôpitaux locaux

Ces projets peuvent résulter d'une démarche de proposition en amont du SROS par les établissements et les professionnels. Pour cela les services déconcentrés (DDASS-DRASS) doivent veiller à associer les représentants des établissements et des professionnels à l'élaboration du schéma en les faisant notamment participer au groupe de travail.

B) La remise en cause légitime de certaines autorisations délivrées en 1999

Dans le cadre d'une nouvelle organisation de l'offre de soins, et notamment en matière d'urgence, une évaluation des risques à maintenir ou pas certaines activités doit être menée. Ainsi, il conviendrait que les auteurs du SROS III s'interrogent sur la pertinence de certaines autorisations délivrées en 1999 notamment pour les UPATOU. Il importe en effet de ne mobiliser les ressources médicales et paramédicales que si l'activité le justifie et de développer les coopérations secteur public-secteur privé. A titre d'exemple, certains sites d'urgence ont une activité nocturne très limitée et mobilisent des ressources qui seraient utiles ailleurs. L'ouverture de l'UPATOU de La Châtre en accueil de jour et non plus 24 heures sur 24 peut être envisagée dans un souci de rationalisation économique, de sécurité et de qualité des soins. De même, la disparition des SMUR du Blanc et d'Issoudun peut être préconisée dans le cadre d'une départementalisation. Le centre hospitalier de Châteauroux deviendrait le pivot de l'animation des transports sanitaires pour le département de l'Indre.

C) Trajectoires de patients, filières de soins et de pathologies pour une prise en charge globale

Il est établi qu'une certaine proportion des recours aux services d'urgence n'est pas justifiée et contribue ainsi à l'embolisation des services. Le SROS III doit donc s'attacher à travailler sur cet afflux toujours croissant des patients des urgences en améliorant leur orientation. Il convient pour cela de réfléchir en terme de trajectoire, de parcours du patient dans le système de santé. Cette nouvelle approche reviendrait à agir, très en amont, mais également en aval, de la décision de l'usager de recourir aux services d'urgence à son orientation à la sortie des urgences. Une nouvelle fois, l'intérêt des maisons médicales peut être souligné. En effet, dans le cadre d'une réorientation des usagers elles pourraient absorber le "trop plein" de patients des urgences qui relèvent d'ailleurs plus d'une consultation non programmée que d'un service d'urgence.

Pour régler ce problème d'orientation et différencier les niveaux de prises en charge, la solution des filières de soins[29] et de transferts des patients est plus que jamais à envisager.
Ainsi, des filières sécurisées permettant le transfert et l'admission directs et immédiats des patients présentant des pathologies spécifiques (accident vasculaire cérébral) vers des plateaux techniques disposant des compétences et équipes requis, seraient pertinentes. De même, l'admission directe dans les services de gériatrie sans passage systématique aux services d'urgence devrait être formalisée.

3.1.3 L'association de tous les acteurs à l'élaboration du schéma et à sa mise en œuvre

A) La concertation avec les élus, les associations et les usagers

Au cours de mon stage, j'ai souvent posé la question suivante « Connaissez-vous le SROS ou Que représente pour vous le SROS ? ». Or, en dehors des institutionnels et des quelques professionnels qui participent déjà au travail de planification sanitaire, force est de constater que le schéma est un outil méconnu voire inconnu. Quelle légitimité, quelle représentativité peut-on alors lui accorder dans la mesure où les acteurs les plus proches du terrain et les usagers ne sont pas associés à son élaboration mais subissent sa mise en oeuvre ?
Dans ce cadre, le prochain SROS devra s'atteler à améliorer, en amont, la communication avec les élus, les associations d'usagers et la population bien avant la réalisation des projets. Il faut pour cela trouver des lieux d'échange appropriés. Les conférences sanitaires de secteur pourraient constituer ces lieux de proposition.
Par ailleurs, la planification est une modalité de réponse à la demande des usagers, il est donc essentiel que ceux-ci y soient associés. De plus en plus, la démarche "d'aller-retour" entre professionnels et usagers va se développer pour sortir les usagers de leur rôle de simples "réceptacles". Dans ce cadre, il faut sans doute envisager leur représentation dans les groupes de travail du schéma. Dans tous les cas, il revient aux autorités de tutelle, c'est-à-dire à la DDASS et à la DRASS, d'impulser cet élargissement de la concertation qui pourra servir à accroître la légitimité de cet outil de planification.

[29] Selon l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, les filières de soins articulent les interventions auprès du patient autour d'un généraliste (médecin référent) chargé du suivi médical et de l'accès des patients au système de santé.

B) Information et éducation de la population au bon usage du système de santé

Les trois quart des usagers justifient leur venue aux urgences par le fait que cet endroit est le plus proche pour recevoir les examens qu'ils estiment nécessaires. Ces chiffres tendent à montrer que la population connaît très mal l'offre de soins et appellent donc à une éducation des usagers via des campagnes d'information

Cette sensibilisation de la population au bon usage du système de soins était prévue par le SROS II de la région Centre mais n'a pas été mise en œuvre. Or, les services déconcentrés, sous l'autorité de l'ARH, ont à nouveau un rôle essentiel à jouer.

Il est ainsi possible de préconiser la création d'un groupe de travail sur ce thème sous l'égide de la DRASS. Il importera que les professionnels libéraux et hospitaliers, mais aussi les collectivités locales, les services sociaux, les médias, les services scolaires, la médecine du travail participent à ce groupe de travail et à la démarche d'information du public. On peut même envisager des interventions dans les milieux scolaires par les acteurs de la prise en charge de l'urgence notamment des campagnes de sensibilisation du bon usage du numéro 15, du médecin, de l'hôpital, des examens complémentaires et de la manière dont le système fonctionne.

Outre cette information générale à l'attention de tous, une éducation plus ciblée sur les populations sur-consommatrices serait sans doute nécessaire. En effet, les familles qui n'ont pas de médecin traitant sont celles qui sont fortement "consommatrices" à la fois des urgences hospitalières mais aussi du système de garde. A nouveau, les échanges et la coopération avec les professionnels de terrain sont essentiels et dépassent peut-être le seul cadre du SROS pour être mis en rapport avec d'autres outils de planification. Ainsi, dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des centres communaux d'action sociale organisent des actions collectives en direction des populations en situation de précarité tels les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI). Des actions sur le thème de la santé pourraient être organisées.

Enfin, ce rôle d'éducation appartient également aux personnels des services d'urgence. Lors de mes courts passages dans les services d'urgences, j'ai pu relever que ce rôle d'éducation était pleinement joué notamment par les infirmières d'accueil et d'orientation qui n'hésitaient pas à rappeler aux patients se présentant spontanément au service d'urgence les avantages à consulter leur médecin traitant (meilleure connaissance de leur état de santé et des traitements déjà prescrits, proximité de leur domicile).

3.2 La coordination de la prise en charge : promouvoir la mutualisation et les réseaux

3.2.1 Des outils au service du SROS : régulation, mutualisation des moyens, télécommunication

A) Le développement de la régulation

a) Renforcement du SAMU et reconnaissance du rôle central du SAMU dans la chaîne de l'urgence

« Le centre de régulation médicale a pour mission d'assurer une écoute médicale permanente, de déterminer et de déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publique et privée adaptés à l'état du patient et faire préparer son accueil »[30]. La régulation médicale en apportant une réponse appropriée à chaque appel qu'elle reçoit garantit au demandeur la qualité et la sécurité d'une orientation médicale. Par ailleurs, le centre 15 contribue souvent à orienter ce qui est ressenti comme une urgence vers une programmation des soins ou une dédramatisation du ressenti du patient ou de sa famille. Une circulaire du 3 mai 2002 de la DHOS relative aux plans blancs est venue compléter le rôle du SAMU départemental attestant de son rôle promordial dans la chaîne de l'urgence.

Alors qu'elle est au centre de l'articulation d'un réseau d'urgence, la régulation médicale constitue un outil encore insuffisamment exploité. En effet, la mise en place du réseau implique une réflexion rigoureuse sur les modes de coordination à mettre en œuvre afin d'assurer la fonction d'intégration entre les acteurs mais également de développer des compétences collectives spécifiques au réseau.

La mise en place d'un réseau inter-SAMU au nom de l'amélioration de la qualité, de la sécurité du service rendu au patient et de l'optimisation de l'utilisation des ressources collectives est également envisageable. Ainsi, pour le département d'Eure-et-Loir frontalier des départements de l'Eure et des Yvelines, cette disposition semble assez pertinente.

[30] Décret 1987-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelés SAMU

b) Plate-forme commune 15/18

La prise en charge de l'urgence pré-hospitalière pourrait être améliorée par la coordination et la mutualisation des moyens entre SAMU et pompiers, entre 15 et 18. En effet, si la législation[31] impose déjà une interconnexion des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services d'incendie et de secours (SDIS) avec pour objectif d'optimiser la réponse des secours en fonction du type de l'urgence, une plate-forme commune serait plus pertinente.

Grâce à l'interconnexion 15/18, les différents acteurs se tiennent mutuellement informés des appels qui leur parviennent et des opérations en cours. Elle assure en outre à l'appelant un dialogue téléphonique sans rupture. Une plate-forme commune de réception des appels d'urgence réunissant les services du SAMU et des pompiers dans une même salle opérationnelle renforcerait la coordination et l'efficacité de la prise en charge.

Ces plate-formes existent en France (Clermond-Ferrand, Carcassonne, Agen, Angers…) et à l'étranger (Canada, Angleterre, Allemagne). Elles ont une vocation plus large que les centres 15 dans la mesure où elles se proposent également de donner des informations sur les structures et l'offre de soins existante sur le territoire immédiat de l'appelant. Ce dispositif mérite peut-être que l'on y réfléchisse car les résultats sont très probants. Ainsi, sur une ville comme Montréal en un peu moins de 14 mois, les consultations aux urgences ont baissé de 45 à 65%.

Les bilans sont positifs : la proximité géographique des deux services facilite dans un temps bref la récupération, les échanges et la diffusion de l'information entre les partenaires. La gestion des secours dans une telle configuration contribue à diminuer les malentendus, les litiges voire les erreurs. En outre, vis-à-vis de l'usager, la continuité des informations entre partenaires évite aux différents professionnels de poser les mêmes questions à l'appelant ce qui est un facteur de rapidité. Enfin, la coordination optimise l'engagement des moyens. En région Centre, deux projets de plate-forme 15/18 (installées au sein de la structure hospitalière) vont d'ailleurs aboutir dans les départements du Cher et de l'Indre-et-Loire

B) La mutualisation des moyens ou la départementalisation des transports sanitaires

La réorganisation des plateaux techniques implique de repenser avec les SAMU les transports sanitaires dans le souci de garantir aux usagers une sécurité et une équité dans l'accès aux soins 24 heures sur 24. Il convient d'assurer un maillage renforcé et équitablement réparti sur le territoire. A l'image de ce qui se passe pour l'Indre (cf supra

[31] Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports

partie II), les transports sanitaires seront les premiers concernés par la mutualisation des moyens. Les transports héliportés connaissent également le mouvement de mutualisation. Ainsi, un hélicoptère commun aux départements de l'Indre et du Cher a été installé. Cette organisation et répartition des transports sanitaires doit être articulée avec le SROS.

C) Les outils de télécommunication peuvent servir de supports à la coordination des professionnels de santé

La télémédecine réduit l'obstacle de la distance entre les acteurs des processus de soins pour permettre l'échange de données médicales et surtout pour partager, entre des acteurs distants, la décision diagnostique et thérapeutique.

L'implantation des systèmes d'information et des moyens de communication conditionne la coopération entre les partenaires, le développement et le fonctionnement du réseau. Ces systèmes d'information se basent sur des outils informatiques interconnectés intégrant des outils de diffusion (annuaires, protocoles, recommandations, documentation) et de documentation (télémédecine, messageries, partage ou échanges de données médicales).

L'objectif est de mettre en commun, puis d'accroître les compétences et les savoir-faire.

La télémédecine est appelée à faciliter la gestion de la chaîne de l'urgence en particulier pour les trajectoires initiales des patients, en fonction du lieu où ils se trouvent, de la gravité de leur état, de la spécialisation et de la disponibilité des lits.

Le système de communication des données médicales devrait permettre d'améliorer la qualité de la prise de décision médicale et éviter la répétition des examens, réduire le nombre de transferts inutiles. Une nouvelle fois, la qualité, la sécurité de la prise en charge pourront être optimisées et les moyens rationalisés.

Il est important de souligner que la télémédecine "bénéficie" aux trois stades de la prise en charge :

- le stade pré-hospitalier pour le suivi du mouvement du patient,
- le stade hospitalier pour les transferts d'images,
- le stade post-hospitalier pour la gestion des lits d'aval dans des structures externes.

3.2.2 L'heure des réseaux d'urgences

A) Les principes et la pertinence d'un réseau des urgences

L'organisation de l'urgence, par essence pluridisciplinaire, est difficile à réaliser en raison de la diversité de ses intervenants, de l'éclatement géographique des lieux d'intervention et du nombre de sites ou d'établissements nécessaires pour assurer exhaustivement une

complémentarité des compétences. La mise en réseau doit être fondée sur une approche globale de la prise en charge de l'urgence. Elle doit permettre d'organiser de façons variées toutes les étapes de la prise en charge de la santé des citoyens.
L'intégration UP-SAU dans un réseau coordonné autour des filières pré et post-hospitalières doit impliquer les établissements du secteur et les médecins de ville. Le décloisonnement qui en résulte devrait redonner un rôle propre à chaque acteur dans le réseau. Le réseau devrait assurer un meilleur maillage des professionnels de santé en particulier médecins hospitaliers et libéraux, une meilleure cohérence entre les secteurs de l'hospitalisation publique et privée. De fait, le réseau existe déjà mais il faut le structurer dans un cadre plus large et plus formalisé. Le but est de "donner au patient sur un temps réduit les soins exigés par son état et l'orienter vers la structure la plus adaptée"[32].
La mise en œuvre d'un tel réseau peut se structurer sur la base d'un réseau inter-établissement en s'articulant avec un réseau ville-hôpital afin de pallier le déficit actuel de coordination entre la médecine de ville et les autres acteurs participant à la prise en charge des urgences.

B) La formalisation du réseau

a) Les réseaux inter-établissements

L'organisation actuelle des urgences, conformément aux textes réglementaires récents, présente certaines caractéristiques propres à une structuration en réseau. On distingue ainsi 3 niveaux : les UPATOU, les SAU, les POSU. Cette graduation simplifiée des sites d'urgence se base sur l'application du principe de subsidiarité, élément fondateur du réseau. L'existence des contrats relais[33] entre établissements de santé et des conventions[34] préfigure la constitution de réseaux de santé en vue d'optimiser la prise en compte de l'urgence hospitalière.

---

[32] "Les réseaux appliqués à la périnatalité et aux urgences" Edouard COUTY

[33] Ces contrats doivent permettre une orientation rapide du patient vers l'établissement complémentaire lorsque l'établissement siège de l'UPATOU auquel la patient est adressé présente un plateau technique ou des compétences médicales insuffisants, ils présentent les conditions dans lesquelles la coordination entre établissements doit s'effectuer

[34] L'établissement siège d'un SAU ou d'une UPATOU doit avoir conclu une convention avec les établissements auxquels sont rattachés les secteurs psychiatriques situés dans son aire d'attraction, les établissements doivent également passer des conventions avec les établissements disposant de SMUR et avec l'établissement où est implanté le SAMU

Mais cette organisation institutionnelle de l'urgence ne peut se cantonner aux seuls réseaux de santé tels que définis au plan réglementaire. La tutelle c'est-à-dire les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS) doivent demander aux établissements publics et privés assurant la mission de service public de promouvoir une réflexion stratégique homogène et de dégager des moyens communs à plusieurs établissements pour mieux répondre aux besoins de santé d'un bassin de population.

Par ailleurs, ces réseaux peuvent contribuer à résoudre le problème de la pénurie de lits d'aval. En effet, afin de libérer les lits de soins et d'assurer la fluidité de l'aval des urgences, il conviendrait d'établir une liaison entre les services d'hospitalisation et le secteur des soins de suite. Pour cela, le système des conventions doit être développé et encouragé par l'ARH.
Ce réseau inter-établissements très structuré par l'intermédiaire des conventions passées entre établissements peut s'appuyer sur le réseau ville-hôpital fondé sur le principe de prise en charge globale et de proximité.

b) Les réseaux ville-hôpital

Jusqu'ici la limite à la concrétisation du réseau des urgences est la faible prise en compte de la médecine de ville dans les dispositifs développés par le SROS. On l'a vu précédemment la place et le rôle du médecin de ville dans la prise en charge des urgences restent souvent mal définis. Cette situation est liée à des problèmes d'offre et à l'organisation de la médecine libérale dans le réseau des urgences mais également au comportement des usagers en terme de demande de soins.
Parallèlement, il s'agit de développer les articulations et les partenariats avec la médecine ambulatoire et les services d'hospitalisation à domicile pour une prise en charge des patients à proximité de leur domicile.
Ce réseau nécessite une coordination des instances de tutelle des deux secteurs, ambulatoire et hospitalier. Cette difficulté pourrait être levée par l'avènement des agences régionales de santé (ARS) dont l'autorité couvrirait les deux secteurs.

CONCLUSION

Au début de notre étude nous nous interrogions sur les aptitudes du schéma régional d'organisation sanitaire à répondre aux problématiques des urgences hospitalières.
Ce thème permettait d'aborder directement le rôle de l'IASS puisque la politique hospitalière reste une des missions essentielles des inspecteurs. La réflexion menée m'a donc permis de mieux appréhender cette facette du métier, de rencontrer des partenaires de travail mais surtout de me « familiariser » et d'approfondir un outil de travail, le SROS.

Nous avons démontré que le schéma « urgences » de la région Centre, outre un maillage du territoire, quantifie et organise l'offre de soins. En posant les problèmes clairement, en fixant des orientations précises, il permet de gagner en transparence. « Organiser pour mieux soigner » pourrait être sa devise.

Sur la thématique des urgences, le schéma, dans un premier temps, s'est appliqué à structurer la prise en charge des urgences vitales. Or, à l'issue de cette étude, et les rencontres avec les professionnels ont été particulièrement enrichissantes sur ce point, il ressort que le principal problème des urgences (outre l'insuffisance de disponibilité de lits en médecine générale, gériatrie et soins de suite) n'est pas l'urgence vitale mais bien l'urgence ressentie ou consultation non programmée. Le désengagement du secteur libéral impacte fortement le fonctionnement des établissements de santé qui ne peuvent en l'état actuel de leurs possibilités et de leurs missions assurer seuls ce nouveau flux de patients. Sachant que la qualité du service repose probablement autant sur l'amélioration des services d'urgence eux-mêmes que sur l'organisation spatiale et la coordination des intervenants, la tâche du schéma « Urgences » est lourde.

En effet, cette évolution modifie la problématique de la planification sanitaire des urgences car non seulement le schéma doit veiller à organiser les urgences vitales mais il doit réorienter les patients relevant de consultations non programmées pour éviter le circuit de l'hôpital. Pour le SROS, c'est un nouveau champ d'intervention qui s'ouvre avec de nouveau acteurs (médecine de ville) sur lesquels il n'a pas toujours de moyens d'influence directe. Dans un tel contexte, le bilan à mi-parcours du SROS Urgences de la région Centre, même inégal, est plutôt positif. On constate d'ailleurs une amélioration importante du système de santé "Urgences" dans la région.

En dépit d'une connotation technocratique et hégémonique, la planification est indispensable. C'est un outil structurant de l'offre de soins mais qui, « à l'épreuve du réel », se heurte à des obstacles telle que la réglementation complexe et trop lourde pas toujours applicable dans un contexte de démographies médicale et paramédicale défavorables, ou encore la défaillance de certains acteurs.

Pour rompre avec cette image négative, le SROS III devra gagner en souplesse sur la forme (concertation élargie) et sur le fond (marge de manœuvre pour l'application des textes). L'année 2003/2004 apparaît d'ores et déjà comme une année charnière pour la planification (texte en préparation sur la révision des schémas, projet d'ordonnance réformant la planification sanitaire) et les services d'urgence (nombreuses circulaires parues et à paraître sur les urgences, malaise des urgentistes qui perdure). Elle devrait, en ce sens, contribuer à faire émerger une nouvelle approche de la planification sanitaire aidée pour cela par la mise en place annoncée des agences régionales de la santé. Ces dernières constituent peut-être une chance pour l'outil SROS. Il aurait pour nouvelle mission de structurer l'offre de soins hospitalière mais également l'offre de soins ambulatoire, ce qui lui faisait défaut jusqu'ici en particulier pour la structuration de la prise en charge des urgences.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

♦ Textes officiels

▪ Lois

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n°86-11du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle

▪ Ordonnances

- Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

▪ Décrets

- Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelé SAMU
- Décret n°91-1410 du 31 décembre 1991 sur l'organisation et l'équipement sanitaire
- Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire
- Décret n°97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de santé publique

- **Circulaires**

- Circulaire n°326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil dans les établissements hospitaliers
- Circulaire DH4B/DGS 3^{E} n°91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des SAU des établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation
- Circulaire DH/EO n°1998-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des SROS
- Circulaire DGS/SQ2/98/483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente
- Lettre DH/EO 3 du 18 décembre 1998 relative à la procédure d'autorisation de l'activité des soins « accueil et traitement des urgences »
- Circulaire DHOS/01/2001/76 du 5 février 2001 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés dans la prise en charge des urgences préhospitalières
- Circulaire DHOS/HFD n°2002-284 du 3 mai 2002 relative aux plans blancs
- Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville
- Circulaire DHOS/01 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

♦ Rapports, mémoires, études, documents

- AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DU CENTRE. *« SROS Urgences de la région Centre »*. Juillet 1999, 141 p
- AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DU CENTRE. *« Evolution de la restructuration des urgences en région Centre ».* Juillet 2002,
- BARRIER G. *« La prise en charge effective des urgences médicales à tous les échelons de la médecine de ville jusqu'à l'hôpital »*. Septembre 1994
- BAUBEAU D, CARRASCO V. *« Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale ».* Etudes et résultats DREES, n°212, Janvier 2003, 8p
- BAUBEAU D, CARRASCO V. *« Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières ».* Etudes et résultats DREES, n°215, Janvier 2003, 12p
- BAUBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M. *« Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés »*. Etudes et résultats DREES, n°72, Juillet 2000, 8p

- BOUTON N. *« La gestion des flux des patients aux urgences est-elle possible ? Essai de modélisation à partir de l'exemple de l'hôtel Dieu de Paris ».* Mémoire ENSP, EDH 2001
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE – SERVICE MEDICAL REGION CENTRE. *« Analyse des SAU en région Centre ».* Juillet 2001
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE – SERVICE MEDICAL REGION CENTRE. *« Analyse des UPATOU en région Centre ».* Octobre 2002
- COUR DES COMPTES. *« Rapport 1999 sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale – Deuxième partie : Evolution des SROS de première à deuxième génération »*.
- DESCOURS C. *« La permanence des soins ».* Ministère de la santé, Janvier 2003, 20p
- ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. *« Prise en charge de l'urgence médicale extra-hospitalière : pour une meilleure coordination SAMU, pompiers, médecins libéraux de garde ».* Mémoire ENSP Module Interprofessionnel de Santé Publique 2002, 30p
- FEHR-FERRIE A. *« Pertinence de la création d'un CPAS dans la ville de Tours : évaluation de la demande de soins non programmée auprès de la population tourangelle ».* Mémoire DESS santé publique, Université de Paris VII Denis Diderot, Faculté Xavier Bichat, 2001-2003, 49p
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *« La santé en France 1994-1998 – L'évolution des services d'urgence ».* La documentation française, Novembre 1998
- LANDREAU D. *« Planification des services d'urgence en région Aquitaine : étude des passages en urgence au CH de Sainte Foy La Grande »*. Mémoire ENSP 1996, 99p
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *« Recueil de documents sur les nouveaux SROS »*. Centre de documentation ENSP, Avril 1998
- PEAN S. *« L'organisation des filières de prise en charge au SAU du CH de Blois »*. Mémoire ENSP EDH 1999, 101p
- STEG A. *« Rapport sur la médicalisation des urgences »*. Paris, commission nationale de restructuration des urgences, 1993, 77p

♦ Discours

- AUBRY M. Discours du 30 mars 1998 lors des Assises de l'hospitalisation sur la révision des SROS de première génération
- COUTY E. Discours du 14 janvier 2002 lors du colloque sur les hôpitaux locaux
- KOUCHNER B. Discours du 7 mars 1998 lors du forum national des urgences
- MATTEI JF. Discours du 16 avril 2003 lors du congrès annuels des urgentistes
- MATTEI JF. Discours du 31 mai 2003 lors des assises nationales des hôpitaux locaux

♦ Articles

- BARATTA N. « Urgences : des libéraux s'engagent ». *Décision Santé - Stratégie Santé*, Octobre 2000, pp21-25
- BIDART J, COUTURIER L. « Urgences : des organisations hétéroclites ». *Profession Santé Infirmière*, Mai 2001, pp19-30
- BUSQUET S. « Bilan des SROS de deuxième génération : quelle organisation pour les cinq prochaines années ? ». *Revue hospitalisation nouvelle*, n°277, pp17-21
- COUSINAT JL, FOURNIER P. « Dossier : gérer les urgences. Première partie ». *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 1998, pp390-392
- GARCIN M, GARANCE P, LEICHER C et al. « Dossier : gérer les urgences. Deuxième partie ». *Revue hospitalière de France*, Juillet-Août 1998, pp454-470
- LE GOAZIOU MF. « Qui consulte aux urgences ? Enquête auprès de patients consultant dans un SAU ». *La revue du praticien-Médecine générale*, Mars 2001, pp469-473
- MAFFIOLI C. « Urgences : l'état de siège ». *Le médecin de France*, Décembre 2001, n°977, pp9-28
- PROVILLE S. « L'accueil et le traitement des urgences dans un établissement de santé ». *Bulletin juridique de la santé publique*, Mars 2001, pp14-16
- ROLLAND L. « SROS 199-2004 : bilan d'étape ». *Revue hospitalière de France*, Novembre-Décembre 2001, n°483, pp4-29
- « Dossier : les urgences ». *Horizon*, n°121, pp29-33
- « Dossier Urgences ». *Hospitalisation nouvelle*, n°249, pp12-26
- « L'organisation de la prise en charge des urgences : vers la mise en œuvre d'un réseau ». *Journal d'économie médicale*, Septembre-Octobre 2001, pp371-380
- « Le premier palmarès des urgences ». Numéro Spécial, *Science et Avenir*, Mars 2001, pp99-146
- « Le professeur Steg propose une restructuration complète des urgences ». *Hospitalisation nouvelle*, Octobre 1993, n°212, pp29-32
- « Urgences hospitalières » Numéro spécial. *Techniques hospitalières*, Novembre 1993, n°578
- Spécial Urgences. *Revue Science et Avenir*, Mai 2000
- « Urgences : une organisation d'avenir ? ». *Décideur Hospitalier*, n°80, Décembre 2001, p17

♦ Ouvrages

- BASSET B, LOPEZ A. *« Planification : méthodes et enjeux »*. Rennes Edition ENSP 1997, 181 p
- GARAY A, PELLOUX P. *« Urgences, médecine et droit ».* Edition ENSP 2001, 196p
- PENEFF J. *« L'hôpital en urgence ».* Edition Métaillié 1992, 253p
- PENEFF J. *« Les malades des urgences : une forme de consommation médicale ».* Editions Métaillié 2000, 190p
- PINEAULT R, DAVELUY C. *« La planification de la santé : concepts-méthodes-stratégies »*. Editions nouvelles, 1995, 480p

♦ Sites internet et intranet

www.amuhf.com
www.insee.fr
www.intranet.sante.gouv.fr
www.ladocumentationfrançaise.fr
www.legifrance.fr
www.SAMU-de-France.com
www.sante.gouv.fr
www.urgentiste.net

LISTE DES ANNEXES

- **Annexe I : Grille d'entretien**

- **Annexe II : Liste des personnes rencontrées**

- **Annexe III : Nombre de passages aux services d'urgence de la région Centre de 1990 à 2000**

- **Annexe IV : Carte d'implantation des sites d'urgences de la région Centre**

ANNEXE I

Grilles d'entretiens

I. Grille d'entretien – personnel des services d'urgence

- ❑ Présentation du service et problématique des urgences
- Présentation et organisation de votre service
- Moyens en personnel (effectif médical, effectif paramédical)
- Effectif suffisant/insuffisant

- Nombre de passages annuels aux urgences de votre établissement
- Motifs de recours aux urgences, modes d'accès, pourcentage d'hospitalisation

- Contexte départemental, régional des urgences
- Evolution des services d'urgence

- Difficultés rencontrées par le service
- Points de satisfaction du service

- ❑ Relations avec partenaires extérieurs
- SAMU
- Autres établissements hospitaliers (réseau inter-établissements)
- Médecine de ville (réseau ville-hôpital)
- Relation entre les blancs et les rouges

- ❑ Permanence des soins / Implication de la médecine de ville
- Implication des médecins libéraux dans le département au regard de la prise en charge des urgences
- Pertinence des maisons médicales (Y croyez-vous ?)
- Connaissance d'exemples concrets ou d'expériences de maisons médicales
- Modalités de participation des médecins libéraux à la chaîne des urgences, au service d'urgence

- ❑ Planification
- Connaissez-vous le SROS ?
- Point de vue sur cet outil de planification

- Contact, relation avec les représentants de l'ARH, DDASS, DRASS
- Peut-on concilier qualité des soins et proximité ?

II. Grille d'entretien – institutionnels

❑ Problématique des urgences

- Contexte départemental, régional des urgences
- Evolution des services d'urgence
- Difficultés rencontrées par ses services

❑ Permanence des soins / Implication de la médecine de ville

- Implication des médecins libéraux dans la région au regard de la prise en charge des urgences
- Pertinence des maisons médicales (Y croyez-vous ?)
- Connaissance d'exemples concrets ou d'expériences de maisons médicales
- Modalités de participation des médecins libéraux à la chaîne des urgences, au service d'urgence

❑ Planification

- Avez-vous été associé à l'élaboration du SROS ?
  - Si oui, de quelle manière
  - Concertation suffisante/insuffisante (participation des usagers)
- Point de vue sur l'outil de planification, SROS
- Atouts et écueils de la planification
- D'un point de vue général, apports et limites d'un SROS

- Regard sur les trois orientations du SROS Urgences de la région Centre :
  - Egalité d'accès aux soins, maillage du territoire suffisant/insuffisant
  - Sécurité des soins
  - Coopération des acteurs
- Peut-on concilier qualité des soins et proximité ?
- Pour vous, le SROS de la région Centre a-t-il répondu aux problématiques actuelles des urgences ?
- Quelle vision du SROS III (mutualisation des moyens, réseau ville-hôpital, réseau inter-établissements) ?

ANNEXE II

Liste des personnes rencontrées

- Les représentants d'institutions

_ Mme GRAMMONT, Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP), DDASS d'Indre-et-Loire, chef de projet du SROS II Urgence

_ M. GUYONNET, Médecin Inspecteur Régional, DRASS du Centre

_ Mme GOUCHAULT, Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), membre du groupe de travail du SROS II Urgences

_ M. CABARET, Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, DDASS d'Eure-et-Loir, qui a participé à l'élaboration du SROS II

_ Mme LOISY, Directrice adjointe de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) du Centre et chef de projet du SROS II

_ Dr OCHMANN, Directeur adjoint de l'ARH du Centre

_ Dr GABACH, Médecin conseil chef de service à l'Echelon Régional du Service Médical (ERSM) qui a réalisé une analyse des sites d'urgences de la région Centre

- Les professionnels

_ Dr BRUNET, chef de service des Urgences du Centre Hospitalier (CH) de Dreux

_ Dr JULLIE, médecin du SAMU 28

_ Dr LETELLIER, chef du service réanimation/SAMU/SMUR du CH de Dreux

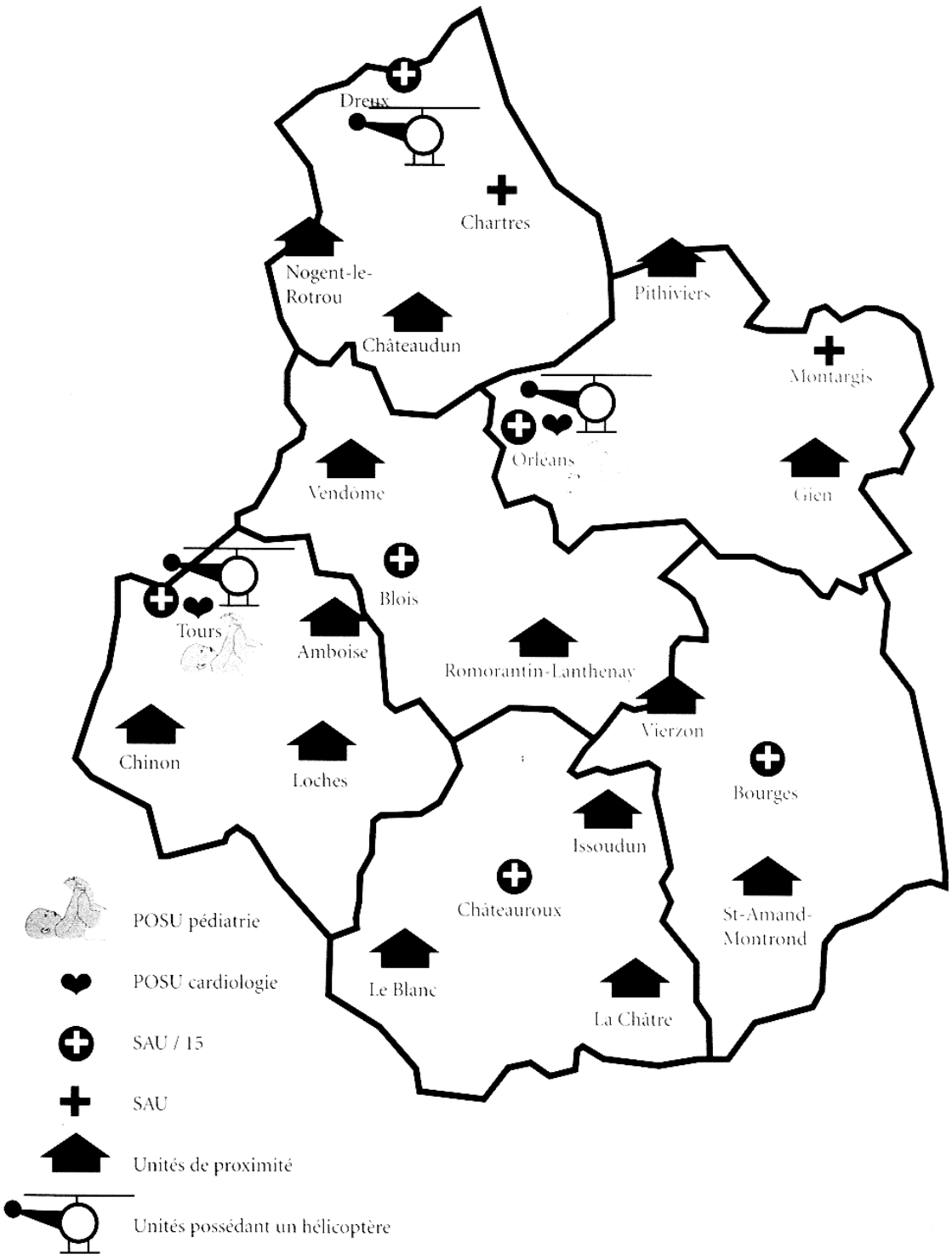
_ Dr DURIEZ, chef du service des urgences du CH de Chartres

_ Mmes TALLUET et PERDIGON, cadres infirmiers au service des urgences du CH de Chartres

ANNEXE III

Nombre de passages annuels des services d'urgence de la région Centre de 1990 à 2000

CENTRES HOSPITALIERS		Passages annuels	Passages annuels	Passages annuels	Passages annuels	Passages annuels	Passages annuels	Evolution sur les 5 ans
		1990	1995	1997	1998	1999	2000	
	BLOIS	20 933	24 765	26 447	27 830	28 394	29 330	16%
S	BOURGES	15 120	20 177	22 825	23 885	24 339	24 900	19%
	CHARTRES	24 037	29 002	31 883	37 765	39 466	40 078	28%
A	CHATEAUROUX	19 325	22 467	25 495	26 613	27 731	28 301	21%
	DREUX	20 071	22 770	21 772	22 266	29 235	31 444	28%
U	MONTARGIS	20 345	23 640	27 721	29 902	31 710	32 788	28%
	ORLEANS	64 004	77 689	82 710	86 223	89 192	91 892	15%
	TOURS	54 764	63 059	70 478	74 097	77 121	80 012	21%
Total SAU		**238 599**	**283 569**	**309 331**	**328 581**	**347 188**	**358 745**	**21%**
	CHATEAUDUN	11 624	13 483	13 989	14 171	13 463	13 305	-1%
U	CHIC (AMBOISE)	11 988	14 644	14 929	17 903	20 022	20 501	29%
	CHINON	2 426	4 532	5 928	6 381	7 143	7 948	43%
P	GIEN	5 971	9 384	10 101	10 794	11 353	12 113	23%
	ISSOUDUN	5 953	7 524	8 645	8 843	11 041	11 094	32%
A	LE BLANC (non agréé)		5 312	5 748	5 692	5 803	6 893	23%
	LOCHES		5 806	7 085	7 333	8 145	9 529	39%
T	NOGENT	4 692	7 641	7 853	8 471	8 693	8 992	15%
	PITHIVIERS	7 115	8 379	7 560	7 741	8 902	8 976	7%
O	ROMORANTIN	7 564	12 449	11 902	12 618	13 737	14 789	16%
	ST AMAND	4 900	6 206	6 585	6 630	7 151	8 634	28%
U	VENDOME	6 326	8 376	9 747	10 002	10 630	12 003	30%
	VIERZON	9 418	12 183	13 767	13 850	15 220	15 245	20%
Total UP			**115 919**	**123 839**	**130 429**	**141 303**	**150 022**	**23%**
Total Général			**399 488**	**433 170**	**459 010**	**488 491**	**508 767**	

ANNEXE IV

Positionnement des sites d'urgence en région Centre