

INFO en SANTÉ

lettre n° 13
janvier 2007

système d'information, stratégie, qualité



ÉDITORIAL GÉRARD VINCENT

ARTICLE ORIGINAL
Les urgences en 2004 :
chiffres clé
S. FINKEL, Y. GAUBERT

P. 1 Évolution de l'organisation des urgences en France
DR P. KIEGEL

P. 3 Impact de la programmation des activités sur leur coût de prise en charge
DR G. NISAND, N. BIRON, M. PENAUD, N. ROESLIN

POINTS DE VUE
T2A et activité hospitalière d'urgence :
quels financements ?
DR B. GARRIGUES, Y. GAUBERT,
M. DESCHAMPS **P. 8**

Réalité et devenir des plans d'urgence
DR P. MARDEGAN **P. 12**

SPÉCIAL Urgences : états des lieux, quelle évolution ?

Les urgences ont mauvaise presse, elles sont mal rémunérées, elles génèrent des créances irrécouvrables, elles perturbent la programmation... et pourtant elles sont une chance pour les citoyens dont elles préservent l'accessibilité aux soins. Elles sont emblématiques des valeurs du service public et de la compétence de l'hôpital contemporain. L'hôpital doit être fier de cette activité, la poursuivre et l'améliorer. Si cette spécialité devait être remise en cause, alors ce sont toutes les structures hospitalières qui seraient déstabilisées.

Le risque n'est pas théorique, en effet comment interpréter la décision annoncée dans les fiches techniques relatives aux plans de santé publique et jointes à la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui exprime un projet de financement de 45 millions d'euros pour le secteur commercial et de 61 millions pour les établissements publics ?

Cette décision est incompréhensible alors que le secteur commercial reçoit moins de 10 % des urgences et sur des activités de niveaux de lourdeur et de contraintes moins importants.

Par ailleurs, si la nouvelle organisation en filière n'impose pas les mêmes contraintes à tous, elle devient une filière supplémentaire de recrutement économiquement intéressante par la conjonction de paiement de la permanence complétée du paiement à l'acte. Les pouvoirs publics semblent vouloir promouvoir une organisation dans laquelle le secteur commercial y trouverait une place nouvelle. En conséquence les établissements publics doivent veiller à conserver leur place centrale dans la nouvelle organisation territoriale mais aussi à poursuivre la modernisation de ces structures, ces véritables vitrines du savoir-faire de l'hôpital.

Gérard VINCENT
Délégué général de la FHF

INFO en SANTÉ

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Claude Évin
RÉDACTEUR EN CHEF Gérard Vincent
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT Bernard Garrigues
COMITÉ DE RÉDACTION
Yann Bubien, Hélène de Roo, Bruno Aublet-Cuvelier,
Éric Lepage, Stéphane Finkel, Michel Calmon,
Pierre Dujols, Yves Gaubert, Nicolas Péju, Jean Villemot
SECRÉTAIRES DE RÉDACTION
Isabelle Hollinger, Rebecca Mercier
MAQUETTE, FABRICATION édition Héral, Boops
IMPRIMEUR Oudin
CORRESPONDANCE Yann Bubien yann.bubien@ch-sud-francilien.fr

Fédération
hospitalière
de France

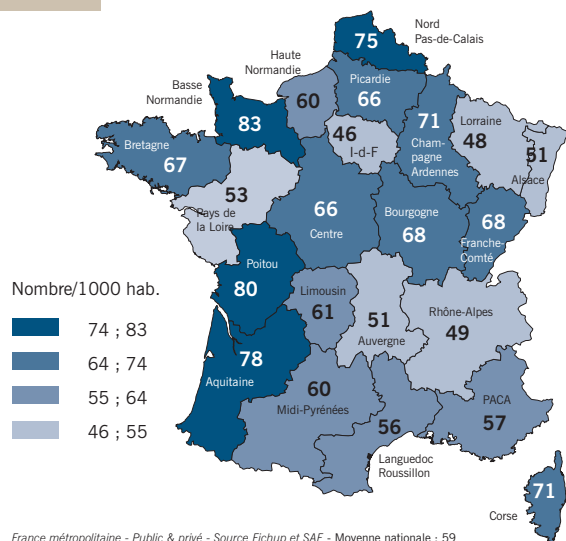
33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
E-mail : fhf@fhf.fr
Site : www.fhf.fr



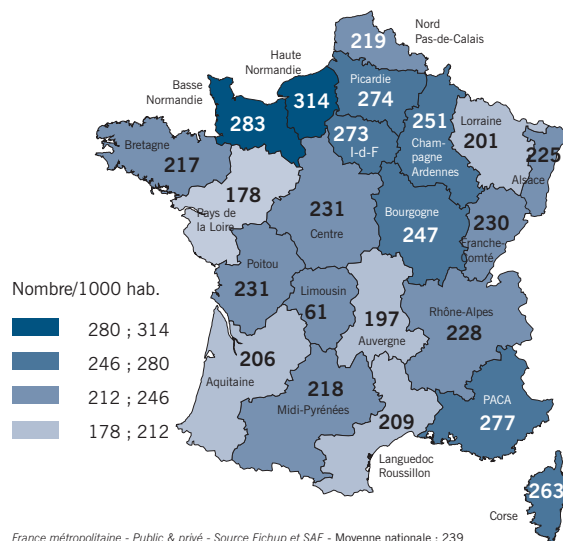
Les urgences en 2004 : chiffres clés

S. FINKEL
Y. GAUBERT

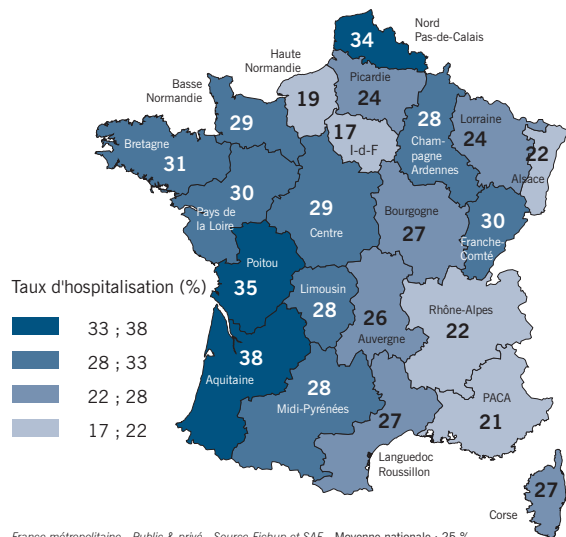
Nombre d'hospitalisation suite à un passage
aux urgences pour 1000 hab. - 2004



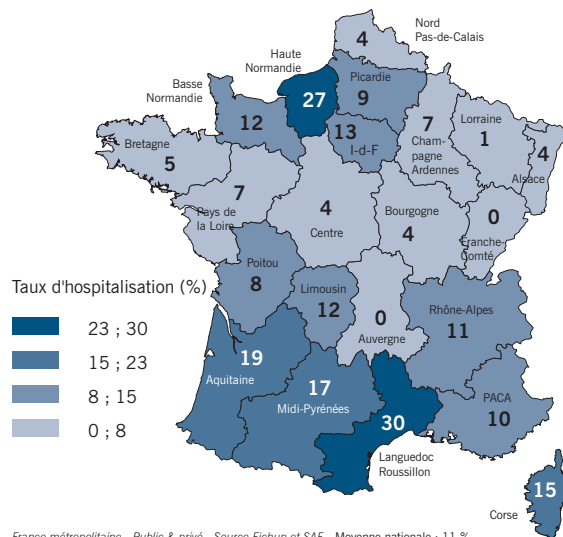
Nombre de passages aux urgences pour 1000 hab. - 2004



Taux d'hospitalisation
suite à un passage aux urgences - 2004



Participation du secteur commercial
dans la prise en charge des urgences - 2004



Les urgences en 2004 : Chiffres clés

	Passages aux urgences	Taux d'hospitalisation suite à passage	Taux du secteur commercial dans les passages	Population 2004	Nbre de passages / 1000 hab.
Alsace	403,367	22.5 %	3.7 %	1,793,859	225
Aquitaine	626,375	38.0 %	19.3 %	3,044,636	206
Auvergne	261,616	26.0 %	0.0 %	1,326,406	197
Basse Normandie	407,768	29.4 %	12.1 %	1,441,833	283
Bourgogne	401,114	27.5 %	4.0 %	1,623,295	247
Bretagne	656,486	31.0 %	5.3 %	3,020,885	217
Centre	572,749	28.5 %	4.3 %	2,481,926	231
Champagne-Ardennes	335,752	28.4 %	7.0 %	1,336,330	251
Corse	71,786	27.2 %	15.2 %	273,060	263
Franche-Comté	261,823	29.7 %	0.0 %	1,138,930	230
Haute Normandie	565,184	19.2 %	26.8 %	1,802,417	314
Ile de France	3,078,782	16.7 %	12.9 %	11,290,831	273
Languedoc-Roussillon	514,287	26.6 %	30.1 %	2,462,473	209
Limousin	157,525	27.8 %	11.9 %	721,618	218
Lorraine	469,037	23.7 %	0.8 %	2,330,504	201
Midi-Pyrénées	588,728	27.6 %	17.3 %	2,701,049	218
Nord-Pas-de-Calais	882,167	34.3 %	4.4 %	4,027,706	219
Pays-de-la-Loire	596,447	29.7 %	6.7 %	3,357,861	178
Picardie	514,351	24.2 %	9.2 %	1,874,601	274
Poitou-Charente	390,123	34.7 %	7.9 %	1,691,470	231
Provence-Alpes-Cote-d'Azur	1,301,807	20.6 %	10.0 %	4,702,555	277
Rhone-Alpes	1,341,977	21.6 %	11.5 %	5,895,755	228
TOTAL France Métropolitaine	14,399,251	24.7 %	10.9 %	60,340,000	239

Sources : Fichup DHOS - SAE - RGP INSEE

Positionnement
par rapport à la
moyenne nationale

Évolution de l'organisation

DR PIERRE KIEGEL

des urgences en France

L'entité d'un service des urgences autonome est relativement jeune.

Définition

Qu'est ce qui est urgent ?

Il y a quelques années, un certain nombre d'entre nous ont essayé de définir ce concept. Contrairement à ce que nous pouvions penser, nous n'étions pas arrivés à une définition simple ou plutôt simpliste. En effet, il existe des « urgences » et chacun se rattache à la définition qui lui est le plus favorable ou qu'il appréhende le mieux. La lecture des différents dictionnaires ne nous apporte pas la lumière, par exemple :

- urgences : caractère de ce qui requiert une action, une décision immédiate ;
- définition juridique de droit civil : caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'est porté de remède à bref délai.

Celles-ci ne couvrent pas la réalité de notre pratique quotidienne. Après de multiples discussions, le petit groupe « d'antan » avait esquissé la définition suivante : « *Toute situation vécue comme interrompant le processus habituel de l'état d'un individu* ».

Cette appréciation de la notion d'urgence étant très large permettait ainsi de prendre en compte toutes les situations de personnes seules ou de groupes de personnes se présentant aux urgences. Ces situations d'urgence pouvaient être d'ailleurs décidées par l'individu lui-même, par le groupe ou la société pour un individu.

Historique

Dans le passé

Les services hospitaliers d'urgence ont toujours existé. Depuis l'origine, l'hôpital

était le lieu où était reçu tout le monde en particulier les plus démunis, c'était l'hôpital des indigents.

De nos jours

Tout hôpital d'une certaine importance reçoit, de fait, les « urgences » suivant des procédures déterminées par les médecins et les administrateurs hospitaliers. Il existait un local ou une unité géographique où étaient reçues les personnes qui se présentaient ou étaient amenées au début par la Police (le 17) puis par les Pompiers (le 18) avant la création des SAMU. Les patients étaient examinés et traités par les internes et externes dans les Centres Hospitaliers Universitaires et par les internes dans les Centres Hospitaliers Généraux. Il n'existait pas de médecins seniors aux urgences. La responsabilité du service était fréquemment dévolue au médecin ou chirurgien dernier nommé dans l'établissement. Il s'acquittait d'une tâche essentiellement administrative en déléguant la gestion du service aux surveillants(es), sauf certains qui se sont investis personnellement dans l'accueil des « urgences ».

Ce mode de fonctionnement a été modifié dans les années 1980 par la prise de conscience de la communauté médicale et des administrations de la nécessité de responsabiliser la prise en charge des patients, cette responsabilité étant dévolue à un médecin thésé, souvent spécialiste dont l'activité serait la prise en charge des urgences, son administration et surtout d'en assumer une véritable responsabilité au sens juridique du terme. C'est au cours de ces années que nombre de spécialistes, souvent des anesthésistes-réanimateurs ou des réanimateurs médicaux parfois des chirurgiens ont eu la lourde tâche de créer, structurer et organiser ces services. C'était le temps

des précurseurs. Ce fut une époque riche, nous étions jeunes plein d'enthousiasme et d'idées. Cependant il nous manquait des textes réglementaires pour faire reconnaître cette mutation de l'hôpital chargé des « urgences ». En effet, seule existait une circulaire de 1975 qui stipulait que toute personne se présentant à l'hôpital devait être examinée. Mais cette reconnaissance devait aussi être faite par leurs pairs.

C'était l'arrivée des temps modernes 1989-1990. Le 1^{er} rapport publié au Conseil Économique et Social par M. le Pr Steg a souligné l'importance de « séniorisation » et d'individualisation des services d'urgences qui devaient être des entités spécifiques, fonctionnant 24 heures/24 sous la responsabilité d'un médecin spécialement formé aux urgences. Tous les patients devront être examinés par un « senior », c'est d'ailleurs à cette époque qu'apparaît le néologisme d'urgentiste. De toute cette réflexion a été publiée une circulaire en mai 1991 qui pose les premières bases législatives du « bâtiment » urgence.

Deux autres rapports seront publiés dans les années 1993, un nouveau par le Pr Steg, un autre par le Pr Barrier, Chef de Service du SAMU de Paris.

Cette circulaire est un véritable guide d'organisation des services hospitaliers d'urgence car elle pose les principes toujours actuels d'un accueil, d'un secteur d'examen, d'une hospitalisation de courte durée et d'une possibilité d'hospitalisation en aval. Mais aussi la possibilité de faire appel à des spécialistes (médecins, chirurgiens, psychiatres ou autres catégories) à l'accueil en cas de besoin.

Les rapports de 1993 et 1994 du Pr Steg et du Pr Barrier sont repris par les textes de 1995 qui stratifient les urgences en créant deux unités de réception



Les urgences

de niveau différent, les ANACOR et les SAU. Cette réglementation était trop stricte et peu en adéquation avec le fonctionnement sur le terrain, les décrets d'application ne sont jamais sortis.

Par contre, ces décrets sont importants car ils soulignent le fait que la réception des urgences est une activité soumise à autorisation et hiérarchisée, ainsi que l'obligation de fonctionner en réseau avec obligation de transfert des patients les plus lourds dans les structures de soins les plus adaptées à leur prise en charge.

Les temps actuels

En 1997 sont publiés les décrets qui réglementent la prise en charge actuelle des urgences et l'organisation de cette prise en charge à l'intérieur d'un réseau de soins déterminés par les SROS. C'est la véritable prise en charge moderne des urgences tant sur le plan local, par la création des UPATOU, des SAU et des POSU que sur le territoire de santé par la mise en réseau des urgences. La « Maison des Urgences » est construite et les chemins qui relient les différentes « maisons » sont tracés par le SROS. Ces décrets, indépendamment de l'organisation interne des établissements, en insistant sur l'obligation de la séniorisation et sur la prise en charge psychiatrique en cas de besoin, intègre aussi la présence d'un numéro d'appel unique réservé aux urgences médicales et de ce fait la nécessité d'une régulation médicale de l'appel.

Tous ces dispositifs permettent donc la reconnaissance de l'individualisation de l'activité d'urgence hospitalière et extra-hospitalière et leurs interconnexions. C'est le début d'un partenariat entre les urgences intra-hospitalières et extra hospitalières qui évoluera vers une « mutualisation » des décisions mais aussi des moyens dont l'aboutissement sera le regroupement de ces entités sous le terme d'urgences sans différencier extra-hospitalières et hospitalières.

Ce qui est réaffirmé, par le nouveau décret de mai 2006, qui crée la médecine d'urgence avec ses trois composantes, la régulation, l'extra hospitalier, la réception et la prise en charge des urgences, ou leur

orientation. Il n'est plus fait référence aux SAU et UPATOU, mais il lui est substitué un fonctionnement en réseau, modalité de fonctionnement plus proche de la réalité de terrain. Les services d'origine d'urgence, les SAMU et les SMUR sont le même métier pratiqué par des médecins qui ont fait les mêmes études et appliquent les mêmes process. La reconnaissance de ces métiers étant réalisée depuis un certain temps par l'hôpital, ils viennent d'être reconnus par la faculté par la reconnaissance d'une spécialité d'« urgentiste » sanctionnée par un diplôme universitaire.

Les urgences sont devenues adultes, il a fallu environ une vingtaine d'années ce qui est finalement le temps qu'il faut à une spécialité médicale pour s'autonomiser au plan universitaire alors que la reconnaissance sur le terrain est plus rapide.

Les services d'accueil actuels

Aucun hôpital qui a l'autorisation de recevoir des urgences (SAU - UPATOU - POSU) ne peut se passer de ce service. Il est un élément important dans la prise en charge des patients sur le territoire mais aussi une activité qui participe à la richesse de l'établissement de santé puisque 30 à 40 % des patients, parfois plus, sont hospitalisés à partir des urgences. C'est pour cette raison que la prise en charge des urgences n'est pas le fait uniquement du service des urgences mais de la structure hospitalière dans son ensemble (services clinique, radiologique et paraclinique).

Ces notions ne sont pas toujours comprises ni acceptées par tous les acteurs et sont souvent la genèse de difficultés et dysfonctionnements. En effet, les « urgences » sont victimes de leur succès, l'augmentation du nombre de passages aux urgences n'a fait que croître depuis 25 ans.

Les explications de cette augmentation d'activité sont multiples :

- médicales par la nécessité d'une technologie que l'on ne retrouve que sur certains plateaux techniques ;
- par les poly-pathologies présentées par les patients ;

- par la diminution de la permanence des soins libéraux ;
- sociologiques par la paupérisation de la population ;
- par la disparition de la notion du médecin traitant ;
- par le vieillissement de la population qui a les plus grandes difficultés à être maintenue à domicile et dont la fin de vie est un problème pour la famille.

Toutes ces raisons et d'autres font que les services d'urgence ne prennent pas en compte que les urgences au sens médical du terme mais tous les dysfonctionnements de notre société et de notre système de soins. L'afflux des consultants se traduisant par un encombrement des services d'accueil et les difficultés d'hospitalisation en aval des urgences.

Quelles solutions apporter ?

En étant simpliste, il faudrait :

- diminuer ou réguler le flux en amont, favoriser la prise en charge par le médecin traitant, renforcer la permanence des soins. Ceci nous semble un vœu pieux car nous serons toujours obligés d'examiner les patients qui se présentent pour déterminer si leur état nécessite leur venue en urgence. Nombre d'entre nous pourront vous citer des patients qui présentaient un motif de consultation sans gravité alors que l'examen médical a mis en évidence une pathologie grave. Rien ne ressemble plus à un « mal de tête » que la méningite cérébro-spinale, au début ;
- une meilleure organisation de l'accueil du patient par l'évaluation de la pathologie pour déterminer son degré d'urgence. Un grand nombre l'a fait par la création d'un poste d'infirmier(e) d'accueil et d'organisation ;
- une meilleure organisation interne de l'hôpital et des moyens mis à notre disposition par la qualification des médecins des urgences en spécialistes de la médecine d'urgence par le travail en réseau avec les autres spécialistes de l'hôpital en rappelant que la réception des urgences est une mission fondamentale de l'hôpital public mais qu'il faut aussi préserver la réception des malades programmés dans les services car

un hôpital qui ne ferait que des urgences s'appauvrirait à terme tant sur le plan médical que sur le plan financier ;

- une meilleure organisation en aval de l'hôpital pour permettre la libération de lits d'hospitalisation.

Nous avons défini les missions prioritaires des urgences : Accueillir, Évaluer, Traiter, Orienter.

Mais de nouvelles missions apparaissent dévolues aux services d'urgence qui ne sont pas directement liées aux soins délivrés à l'individu. Il s'agit de missions épidémiologiques car le nombre de passages dans ces services est le reflet sanitaire et social de la santé. Tout dysfonctionnement est rapidement adressé au service d'accueil des urgences avec obligation pour ceux-ci d'alerter et/ou de résoudre le problème.

La diversité de notre travail est un des moteurs de l'intérêt que nous y trouvons. Chaque jour est un jour différent.

En conclusion

Les services d'urgence et leurs médecins sont devenus adultes, ils ont la reconnaissance de la population, des tutelles, de leurs confrères mais aussi de l'Université par la création de la spécialité. Leur mission a évolué puisqu'ils prennent en charge toutes les urgences (médicales, ressenties et parfois sociales) mais aussi de nouvelles missions sont apparues alertes sanitaires, organisation des secours par exemple en cas de problème NRBC. Par la participation aux différents plans de secours. En fait, le service des urgences est le point de convergence des dysfonctionnements de notre société et tout bon urgentiste doit être capable de résoudre ces problèmes ou du moins y donner une solution « en urgence ». ■

Impacts de la programmation des activités sur leur coût de prise en charge

GABRIEL NISAND, NOËLLE BIRON, MARC PENAUD, NORBERT ROESLIN

Dans le cadre de la convergence annoncée des tarifs entre les échelles publiques et privées, certains éléments doivent être pris en compte dans l'analyse afin de permettre les comparaisons de coûts mises en avant en guise de justification.

La réforme du financement des hôpitaux et cliniques prévoit cette convergence des tarifs et nécessite donc que soient menées de front non seulement des études de coûts fiables et méthodologiquement comparables, et des études complémentaires sur les surcoûts liés aux missions et statuts particuliers respectifs. Certes une partie de ces particularités est de nature à être intégrée dans les financements non liés à l'activité (MIGAC) mais il convient de mesurer les impacts respectifs de toutes celles qui entraînent des surcoûts et dont le financement passe par une valorisation forfaitaire dans le cadre de la T2A. Les principales particularités qu'ils nous faudra envisager dans le cadre d'une convergence équitable peuvent être listées. Dans cet exercice périlleux car jamais exhaustif ou résultant d'un point de vue particulier, il faut citer sur le plan exclusivement médical :

- les différences de nature du recrutement qui permettent ou non, selon les missions des établissements, une sélection des acti-

tivités, voire de la complexité des cas traités, une sélection des patients selon leur l'âge, selon des critères liés à la précarité sociale ;

- les obligations de services, amenant à surdimensionner certaines capacités médicales ou médico-techniques, à maintenir certaines activités en dépit de toutes pertinences médico-économiques pour l'établissement, ou encore à maintenir disponibles des structures et équipes 24 heures/24 en cas de besoin ;

- le niveau d'externalisation d'une partie de la prise en charge médico-technique en amont et en aval de l'hospitalisation de manière ce que le forfait n'en supporte pas la charge, et éventuellement même le niveau de segmentation des prises en charge ;

- la possibilité de planifier les activités et d'optimiser ainsi les coûts de prise en charge.

C'est ce dernier point qui fait l'objet de cette présentation.



Impact de la programmation des activités sur

	répartition	effectif	somme €	moyenne €
Préadmissions	28,6 %	16 736	70 740 118	4 227
Urgences	30,5 %	17 866	123 100 143	6 890
Autres	41,0 %	23 999	125 036 452	5 210

Tableau I

Il faut souligner l'intérêt de procéder à une généralisation de la programmation des séjours. Les process peuvent être optimisés, les examens complémentaires planifiés et réalisés sans délais puisque la planification de l'hospitalisation tient compte de ces délais et les « externalise ». Le patient sera hospitalisé lorsque des disponibilités croisées convergeront pour une prise en charge optimisée. Dans le même temps cette programmation permet d'envisager l'externalisation médico-technique partielle évoquée ci-dessus ou la réalisation dans les jours qui précèdent l'hospitalisation (explorations fonctionnelles, biologie...). La non-program-

mation quant à elle oblige à surdimensionner statistiquement les moyens de manière à pouvoir faire face à la majorité des configurations de recrutement journalier. Elle génère de surcroît des dysfonctionnements avec des engorgements dans certains points critiques de la prise en charge de l'ensemble des patients ce qui potentiellement peut venir perturber l'organisation, jusqu'aux activités correctement programmées et engendrer des surcoûts même sur celles-ci qui seront difficiles à évaluer.

Deux hypothèses qui restent à vérifier sous-tendent donc ce travail. La première est que l'activité programmée permet de réduire les

Tableau II

CMD	effectif	% préadmission	% SAU	préadmission	Urgence	autres	(urgence-préadmission)/ préadmission
				cout moyen/séjour (€)			
1 Neurologie	4 980	7 %	42 %	3 512	7 362	6 205	110 %
2 Ophtalmologie	1 119	65 %	3 %	2 639	4 273	3 502	62 %
3 ORL	2 003	54 %	16 %	3 030	2 978	4 126	-2 %
4 Pneumologie	4 630	17 %	41 %	4 369	7 471	8 188	71 %
5 Cardio-vasculaire	5 478	20 %	29 %	8 682	7 808	8 125	-10 %
6 Aff. du tube digestif	4 910	29 %	44 %	4 934	5 265	6 863	7 %
7 Hépto-gastro-entérologie	2 502	33 %	33 %	5 224	7 020	6 547	34 %
8 Traumatologie et aff. du tissu conjonctif	6 366	42 %	27 %	4 472	5 689	4 709	27 %
9 Dermatologie et Sénologie	2 269	57 %	17 %	3 447	5 541	5 695	61 %
10 Endocrinologie	1 888	35 %	23 %	3 291	5 176	5 477	57 %
11 Néphrologie-urologie	2 418	34 %	32 %	4 203	5 152	4 819	23 %
12 Appareil génital masculin	547	61 %	14 %	3 367	3 432	4 217	2 %
13 Gynécologie	1 123	72 %	10 %	3 492	4 048	3 683	16 %
14 Obstétrique	4 425	3 %	-	3 101	-	3 075	-
15 Néonatalogie	3 775	0 %	1 %	4 867	3 543	3 220	-
16 Hématologie	783	15 %	37 %	3 580	7 220	6 281	102 %
17 Onco-hématologie	2 831	61 %	4 %	2 860	14 421	6 652	404 %
18 Maladies infectieuses et parasitaires	804	6 %	50 %	6 408	12 790	12 349	100 %
19 Maladies et troubles mentaux	735	4 %	38 %				-
20 Toxicologie	167	20 %	31 %	3 174	5 580	5 467	76 %
21 Allergologie et intoxication	541	15 %	40 %				-
22 Brûlures	79	30 %	41 %	5 681	7 399	2 827	30 %
23 Autres motifs de recours	3 688	41 %	8 %	2 978	5 194	3 300	74 %
25 Maladies dues à une infection par le VIH	92	9 %	32 %	11 333	15 456	9 397	36 %
27 Transplantations d'organes	287	42 %	1 %	18 576	58 089	33 398	213 %

leur coût de prise en charge

coûts de production à activités médicales équivalentes par rapport à l'activité non programmée. La seconde hypothèse est que les établissements ne sont pas soumis aux mêmes contraintes et que leurs efforts pour programmer les activités ne peuvent aboutir aux mêmes ratios.

Une étude a été réalisée sur les données 2003 transmises au titre de l'Étude Nationale de Coût par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Les coûts de prise en charge des patients ont été comparés entre les séjours qui avaient pu faire l'objet d'une pré-admission et ceux qui étaient soit passés par les services d'accueil et d'urgences pour être hospitalisés immédiatement ensuite, soit qui avaient fait l'objet d'une prise en charge qui de fait ne peut être programmée (liste de GHM) mais dont la procédure peut ne pas passer par les services d'accueil et d'urgences. Nous n'avons pas pu positionner les autres séjours qui n'étant pas passés par les urgences et n'ayant pas fait l'objet d'une pré-admission sont susceptibles d'être soit programmable, soit non programmables.

Les résultats suivants ont été observés pour les séjours d'hospitalisation complète (hors

CM24) montrant un surcoût de plus de 63 % des hospitalisations non programmées par rapport à celles qui avaient pu faire l'objet d'une pré-admission.

Il est intéressant de noter que les séjours « autres » (non classés) le coût moyen de prise en charge par séjour est intermédiaire (*Tableau I*).

Le détail par CMD montre une variabilité de ce coût en fonction des spécialités (*Tableau II*).

Au vu des résultats de cette première estimation, plusieurs axes de travail se dégagent pour affiner cette estimation et vérifier par exemple si à l'intérieur d'un même GHM ce ne sont pas des populations médicalement différentes qui font l'objet de pré-admission ou d'un passage au SAU.

Par ailleurs, nous préconisons qu'une étude plus vaste inter-établissements soit menée, basée sur les données de coûts pour les établissements participant à l'ENC, sur les durées de séjour pour d'autres, afin de corroborer ou d'infirmer l'estimation objectivée par cette étude.

De plus, ne disposant pas dans notre système d'information d'un marqueur pour

identifier les séjours programmés ou non, ce travail s'est appuyé sur les concepts disponibles pour classer les séjours : pré-admission pour programmation, passage par les urgences pour non-programmation, et laisse de côté les autres séjours. Nous pensons que compte tenu des résultats obtenus, il devient légitime de rajouter cette information systématiquement dans les recueils de nos établissements malgré la difficulté connue pour l'obtenir de manière fiable et systématique. En tout état de cause, anticipant sur les résultats d'une étude élargie inter-établissement qui viendrait confirmer l'ampleur de ceux observés dans notre étude, nous préconisons que cette information soit suivie dans le cadre de l'étude de coût public/privée dont la méthodologie est en cours de définition. Par ailleurs cette même information va probablement devenir axe important d'amélioration des processus de prise en charge identifié par nos projets médicaux. En effet, même si notre étude a montré un niveau de pré-admission approchant les 30 % des hospitalisations complètes, il reste plus de 40 % dont une partie pourrait faire l'objet d'une programmation. ■

Bulletin d'inscription Lettre **INFO en SANTÉ** sur le fichier nominatif de routage

Société / Établissement

Destinataire

Adresse d'expédition

.....

.....

.....

Tél. : E-mail :

Souhaite recevoir, à titre nominatif, la Lettre *Info en Santé*

Bulletin à retourner à :

Fabien Viry

LETTRE INFO EN SANTÉ - FHF

33, avenue d'Italie

75013 Paris

Tél. : 01 44 06 84 67

Fax : 01 44 06 84 45

E-mail : f.viry@fhf.fr

Tarification à l'activité

Quels

BERNARD GARRIGUES
YVES GAUBERT
MICHÈLE DESCHAMPS

Les modifications ont été nombreuses ces dernières années dans la réglementation et le financement des services d'accueil des urgences. En ce qui concerne la réglementation, après celle ayant défini trois niveaux de réception des urgences (SAU, UPATOU, et POSU), les récents décrets du 23 mai 2006 ont mis fin à ce découpage par la « création » des services médicaux d'urgence. En ce qui concerne le financement, il est unique quel que soit le service d'accueil : à l'activité d'une part, forfaitaire d'autre part.

Recettes

Mise en garde : Il s'agit ici des chiffres relatifs à l'hospitalisation publique. Tous les chiffres annoncés sont calculés avec une T2A à 100 % et doivent donc être corrigés en fonction du taux de T2A en cours.

Passages

Chaque passage non suivi d'hospitalisation est facturé 25 € quels que soient l'établissement et le type de passage. Une classification des passages aux urgences avait été élaborée (les GPU : groupe de passages aux urgences), mais à la suite d'une part d'une seule étude dans la région Midi Pyrénées concluant que la distribution de la nature des passages était la même quel que soit l'établissement ou le volume de réception et d'autre part, sans doute, de la charge de travail que le recueil des données représentait pour les urgentistes, l'utilisation de cette classification n'a pas été mise en place. Une autre étude sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale serait sans doute utile pour confirmer ou infirmer un tel résultat par l'étude, outre de la nature des passages à l'aide, par exemple, de la classification déjà citée notamment des taux de transfert inter-

établissement post-passage aux urgences.

Facturation externe

Outre le forfait passage déjà évoqué, les passages non suivis d'hospitalisation font l'objet d'une facturation au titre de l'activité externe à travers la NGAP (C, Cs, etc.) et la CCAM (actes médicaux divers), mais aussi bien évidemment des actes réalisés par recours aux plateaux techniques médico-techniques, notamment de biologie ou d'imagerie médicale (cf. *infra*).

En ce qui concerne la première partie de la facturation (C, Cs, actes médicaux divers produits par le service d'urgence lui-même) sans que l'on puisse considérer ce chiffre comme un standard moyen, une facturation autour de 25 € semble fréquemment retrouvée et citée dans les établissements, mais il existe une grande variabilité car d'autres facturations peuvent atteindre plus de 50 €.

Une étude nationale semble utile pour préciser et attester ces chiffres.

Part des GHM/GHS : passages suivis d'hospitalisation

Bien qu'il s'agisse d'un refinancement interne, il n'est pas possible de négliger ici la part due aux services d'accueil des urgences du fait de l'inclusion des coûts des passages des patients hospitalisés dans le coût total du GHM et donc dans le tarif des GHS.

Ce d'autant que le taux d'hospitalisation national des passages aux urgences était en 2004 de 24,7 % (cf. *supra* : chiffres clés S. Finkel).

Une proposition de méthodologie de calcul de la part des GHS à reverser aux urgences est contenue dans le guide de comptabilité analytique publié récemment par la MEAH et disponible en ligne sur son site (*Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*, MEAH, Berger-Levrault, octobre 2006).

et activité hospitalière d'urgence financements ?

L'exemple de calcul s'appuie sur les données de l'étude nationale de coûts 2005 et comporte plusieurs étapes :

- valorisation pour les séjours MCO, de la part des recettes des GHS MCO couvrant les dépenses engagées aux urgences ;
- prise en compte des passages suivis d'hospitalisation dans les services autres que MCO ;
- valorisation totale de la part des séjours hospitaliers à reverser aux urgences au « tarif interne » de 210, 50 € par passage.

Ainsi à partir de l'étude nationale de coûts 2005 cette part a donc était estimée à 210, 50 €.

Compte tenu du taux de patients hospitalisés (*cf. supra* : 24,7 % données nationales 2004) cette recette doit être rajoutée aux recettes issues des passages non suivis d'hospitalisation à hauteur de près d'un tiers de plus de passages mais générant alors une recette beaucoup plus importante.

En outre pour ce qui concerne les patients hospitalisés en UHCD, c'est-à-dire dans une unité appartenant au service des urgences, cela comprend d'ailleurs tout (le plus souvent) ou partie du GHS, suivant que l'hospitalisation en UHCD est suivie d'une sortie de l'établissement ou d'une hospitalisation.

Le tarif moyen facturé dans une unité d'UHCD peut être estimé autour de 1 000 € (valeur 2006)

Recettes bio/imagerie

En ce qui concerne les facturations médico-techniques, le chiffre moyen approximatif le plus fréquemment retrouvé se situe autour de 65 € par passage, avec la encore une grande variabilité (Ici encore une étude nationale semble utile pour préciser et attester ces chiffres).

Bien évidemment, pour ce dernier chiffre,

son revenu ne peut pas être attribué au seul service de réception puisque la réalisation nécessite les services prestataires, mais une part (par exemple, le coût des prélèvements biologiques) doit lui être reversée puisque ces prélèvements sont réalisés dans et par le service de réception. Il est cependant difficile de donner une estimation générale moyenne de ce type de refinancement interne, plus facile à déterminer en intra-établissement. Là encore les guides de comptabilité analytique permettent de déterminer des modes de répartition.

Forfait annuel

Le montant du forfait annuel pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences (FAU) est fixé à 470 553 € par structure pour un nombre d'ATU facturés inférieur ou égal à 5 000. Ce forfait est majoré de 164 693 € par tranche de 2 500 ATU supplémentaires puis de 171 378 € à partir de 17 500 passages. (Arrêté du 5 mars 2006).

Le montant de ce forfait est déterminé en fonction du nombre d'ATU facturés par l'établissement en 2005. Pour les établissements nouvellement autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences, le montant de ce forfait est déterminé en fonction d'un nombre prévisionnel de passages donnant lieu à facturation d'un ATU (*Tableau I*).

Total

Bien évidemment, il faut souligner une nouvelle fois que les chiffres cités ci-dessus sont calculés pour un financement à 100 %, aussi comme pour l'ensemble de l'activité hospitalière tarifée à l'activité, la période de montée en charge est caractérisée par un sous-financement potentiel du

Tableau I

Passages	tarifs 2006 en €
< 5000	470 553
[5000,7500[	635 246
[7500,10000[	799 940
[10000,12500[	964 633
[12500,15000[	1 129 327
[15000,17500[	1 294 020
[17500,20000[	1 465 398
[20000,22500[	1 636 776
[22500,25000[	1 808 153
[25000,27500[	1 979 531
[27500,30000[	2 150 909
[30000,32500[	2 322 287
[32500,35000[	2 493 664
[35000,37500[	2 665 042
[37500,40000[	2 836 420
[40000,42500[	3 007 797
[42500,45000[	3 179 175
[45000,47500[	3 350 553
[47500,50000[	3 521 930
[50000,52500[	3 693 308
[52500,55000[	3 864 686
[55000,57500[	4 036 063
[57500,60000[	4 207 441
[60000,62500[	4 378 819
[62500,65000[	4 550 196
[65000,67500[	4 721 574
[67500,70000[	4 892 952
[70000,72500[	5 064 329
[72500,75000[	5 235 707
[75000,77500[	5 407 085
[77500,80000[	5 578 462

Tarification à l'activité et activité hosp

Tableau II

Passages (non suivis d'hospitalisation soit 75.3% des passages aux urgences)	tarifs 2006 en €	ATU (volume = plafond de la tranche)	Facturation externe (ici limitée à 25 €) (volume = plafond de la tranche)	Part des hospitalisés [24,7% du total des passages (volume = plafond de la tranche) à 210,50 € (Meah)]		Total approximatif
< 5000	470 553	125 000	125 000	(ex ici 1640)	345 220	1 065 773
[5000,7500[	635 246	187 500	187 500	(ici 2460)	517 830	1 528 076
[7500,10000[	799 940	250 000	250 000	(ici 3280)	690 440	1 990 380
[10000,12500[	964 633	312 500	312 500	(ici 4100)	863 050	2 452 683
[12500,15000[	1 129 327	375 000	375 000	(ici 4920)	1 035 660	2 914 987
[15000,17500[	1 294 020	437 500	437 500	(ici 5740)	1 208 270	3 377 290
[17500,20000[	1 465 398	500 000	500 000	(ici 6560)	1 380 880	3 846 278
[20000,22500[	1 636 776	562 500	562 500	(ici 7380)	1 553 490	4 315 266
[22500,25000[	1 808 153	625 000	625 000	(ici 8200)	1 726 100	4 784 253
[25000,27500[	1 979 531	687 500	687 500	(ici 9020)	1 898 710	5 253 241
[27500,30000[	2 150 909	750 000	750 000	(ici 9840)	2 071 320	5 722 229
[30000,32500[	2 322 287	812 500	812 500	(ici 10 660)	2 243 930	6 191 217
[32500,35000[	2 493 664	875 000	875 000	(ici 11480)	2 416 540	6 660 204
[35000,37500[	2 665 042	937 500	937 500	(ici 12300)	2 589 150	7 129 192
[37500,40000[	2 836 420	1 000 000	1 000 000	(ici 13120)	2 761 760	7 598 180
[40000,42500[	3 007 797	1 062 500	1 062 500	(ici 13940)	2 934 370	8 067 167
[42500,45000[	3 179 175	1 125 000	1 125 000	(ici 14760)	3 106 980	8 536 155
[45000,47500[	3 350 553	1 187 500	1 187 500	(ici 15581)	3 279 800	9 005 353
[47500,50000[	3 521 930	1 250 000	1 250 000	(ici 16 401)	3 452 410	9 474 340
[50000,52500[	3 693 308	1 312 500	1 312 500	(ici 17221)	3 625 020	9 943 328
[52500,55000[	3 864 686	1 375 000	1 375 000	(ici 18041)	3 797 630	10 412 316
[55000,57500[	4 036 063	1 437 500	1 437 500	(ici 18861)	3 970 240	10 881 303
[57500,60000[	4 207 441	1 500 000	1 500 000	(ici 19681)	4 142 850	11 350 291
[60000,62500[	4 378 819	1 562 500	1 562 500	(ici 20501)	4 315 460	11 819 279
[62500,65000[	4 550 196	1 625 000	1 625 000	(ici 21321)	4 488 070	12 288 266
[65000,67500[	4 721 574	1 687 500	1 687 500	(ici 22141)	4 660 680	12 757 254
[67500,70000[	4 892 952	1 750 000	1 750 000	(ici 22961)	4 833 290	13 226 242
[70000,72500[	5 064 329	1 812 500	1 812 500	(ici 23781)	5 005 900	13 695 229
[72500,75000[	5 235 707	1 875 000	1 875 000	(ici 24601)	5 178 510	14 164 217
[75000,77500[	5 407 085	1 937 500	1 937 500	(ici 25421)	5 351 120	14 633 205
[77500,80000[	5 578 462	2 000 000	2 000 000	(ici 26241)	5 523 730	15 102 192

fait de la non-évolution, ne serait-ce qu'au niveau de l'ONDAM, de la DAC (dotation annuelle complémentaire).

À titre d'exemple, on peut estimer les recettes approximatives (tous les calculs sont arrondis, les recettes variables sont calculées avec pour volume le plafond des tranches, l'activité externe facturée l'est ici en utilisant la borne inférieure retrouvée dans

différents établissements) d'un service d'accueil (*Tableau II*).

Dépenses

Il faut souligner tout d'abord qu'il n'existe malheureusement pas de normes et recommandations en termes d'effectifs médicaux et paramédicaux aux urgences, ce qui

constitue probablement un problème pour ce type de structure.

Néanmoins pour ce qui concerne le plancher et donc le service minimum, il ne peut être inférieur à 1 médecin présent en permanence + 1 IDE; encore ce service minimum, ici utilisé pour le calcul, ne comprend t'il pas d'agent d'accueil, d'aide soignante et/ou d'agent de service hospitalier.

hospitalière d'urgence. Quels financements ?

Soit 5 ETP médicaux + environ 5,8 IDE (arrondi à 6)

soit $(105\,000 \text{ €} \times 5) 525\,000 \text{ €} +$

$(6 \times 40\,000) 240\,000 \text{ €}$

$= 765\,000 \text{ €}$

+ indemnités de gardes

453 (nuits, dimanche, samedi après midi, fériés) $\times 257,07 \text{ €} =$ (arrondi à) 116 450 €

Soit au total = 881 450 €

De plus si l'on admet, de manière très approximative, qu'il ne s'agisse que de 67 % des coûts (ce qui n'est pas *stricto sensu* le ratio de personnel des services d'urgences), les dépenses totales approximatives sont donc autour de 1 315 597 €.

À 5 000 passages, le financement n'est pas suffisant et doit donc être complété par une enveloppe « MIG ».

À 7 500 passages, l'équilibre est atteint, mais précaire, les dépenses retenues pour le calcul ne comportant pas notamment, rappelons-le, d'agent d'accueil et/ou d'AS, et/ou ASH, qu'il faut donc rajouter au montant des dépenses.

Bien évidemment, outre le fait qu'il ne s'agit ici que de différentes approximations, il faut également tenir compte des recettes et coûts des patients hospitalisés aux urgences (uhcd, zhtcd) pour obtenir une vue d'ensemble des coûts et dépenses des services d'urgences et ainsi vérifier l'équité de leur financement.

Ceci ne semble néanmoins possible qu'à l'intérieur des établissements et les chiffres et calculs produits ici ne le sont que pour illustrer la démarche.

Problèmes

Sous-financement de l'activité non-programmée

S'agissant du financement de l'activité d'urgence hospitalière, il est important de traiter aussi le problème du non-financement différencié des hospitalisations en urgence, c'est-à-dire des hospitalisations non programmées.

Pour commencer, il est nécessaire d'expliquer ce dont il s'agit.

En premier lieu, il importe de ne pas transférer la question, ce qui est fait parfois, sur la différenciation de ce qui est programmable et ce qui ne l'est pas et donc sur l'hypothèse qu'une partie de l'activité non programmée relève du défaut de programmation des séjours ; bien que cette situation puisse exister, elle est marginale par rapport aux volumes des hospitalisations en urgence des patients qui se présentent inopinément dans les services des urgences et dont l'état nécessite une hospitalisation.

En effet, bien que certains GHM incluent de fait la notion d'urgence, par exemple les GHM de traumatologie, la majorité d'entre eux ne l'inclut pas. Or, actuellement, les coûts de l'hospitalisation en urgence sont dans l'étude nationale de coûts publique (et PSPH et CLCC) du fait des règles de répartition des coûts, lissés de manière indistincte sur l'ensemble des séjours, qu'ils soient programmés ou qu'ils ne le soient pas.

Aussi les séjours programmés intègrent donc des surcoûts potentiels et sont dans cette hypothèse surévalués, les séjours en urgence sont donc parallèlement et par voie de conséquence sous-évalués.

De fait cette hypothèse se vérifie, et l'article de G.NISAND dans ce même numéro l'atteste, puisque dans son travail sur l'ensemble des séjours du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, les séjours issus des urgences, à GHM identique, ont un surcoût de 60 % par rapport aux séjours des mêmes GHM programmés.

Discussion

Ici comme ailleurs, le mode de transition utilisé pour le passage à la T2A (proportion croissante) avec un budget restant en dotation présentant pour le moment une évolution (voire une involution !!) inférieure au taux de l'ONDAM est problématique surtout quand la croissance de l'activité est supérieure à la moyenne.

• Le financement des urgences compte tenu de la part des passages des hospitalisés qui n'est pas facturée directement à l'assurance maladie et de la non-distribution

dans la majorité des GHM (hors certains qui incluent de facto la notion d'urgence) des séjours programmés et des séjours non programmés, dépend d'une redistribution interne à partir des tarifs de GHS selon des modalités à définir en interne (par ex. : *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*. MEAH, Berger-Levrault octobre 2006).

• Le financement est dépendant de la quantité mais surtout de la qualité de facturation externe (C, Cs et actes, etc.) du service des Urgences, qualité qui est très variable mais une sous-facturation était jusqu'alors semble t'il très fréquente.

• Le financement, mais aussi la pérennité des unités de petite taille (< 7 500) nécessitent probablement, si les ARH souhaitent leur maintien pour des raisons particulières, un financement complémentaire compte tenu de l'effet seuil des dépenses de personnels médicaux et non médicaux.

Conclusion

• La surveillance des niveaux de financement des urgences à travers la T2A est indispensable à leur pérennité.

• Le refinancement interne est indispensable, ainsi qu'un complément MIGAC pour les unités inférieures à 7 500 dont les tutelles souhaitent le maintien.

• Une identification des séjours hospitaliers non programmés issus des urgences est indispensable pour éviter un effet de lissage sous financement pour les établissements réalisant ces non programmés et effet d'aubaine pour ceux n'en recevant pas

• Néanmoins, si le financement est assuré, le recrutement des urgences est important pour les structures publiques en terme de volume, mais aussi en terme d'image vis-à-vis de la population, en assurant la partie la plus importante de la permanence des soins et donc une part non négligeable de sécurité sanitaire. ■

Réalité et devenir du « Plan Urgence »

DR PIERRE MARDEGAN

Pendant longtemps, les services d'Urgence ont dû faire face à un nombre sans cesse croissant de malades. Le retard était considérable en termes d'effectifs médicaux et soignants et de structures adaptées à cette évolution.

Des moyens importants ont été investis dans les services d'Urgence/SAMU/SMUR au cours de ces dix dernières années.

Le « Plan Urgence », présenté par le ministre de la Santé le 30 septembre 2003, s'est inscrit dans cette démarche. C'est un plan « dynamique » de 489 millions d'euros en cinq ans et « global » avec 3 volets :

- Volet urgences/SAMU/SMUR ;
- Volet gériatrie (création de courts séjours de gériatrie, d'équipes mobiles de gériatrie...) ;
- Volet « capacité d'hospitalisation » (création de lits de SSR, de places de HAD et de lits dans les hôpitaux locaux).

La réalité du « Plan Urgence », à « mi-parcours », c'est 150 millions d'euros en 2004 et 190 millions d'euros en 2005.

Les objectifs annoncés et le calendrier étaient ambitieux :

- renforcer les équipes SAMU/SMUR par la création de 600 postes d'Infirmier(e)s SMUR en 3 ans, 100 postes de permanencier(e)s auxiliaires de régulation médicale, et 70 postes de praticiens hospitaliers en 2004 ;
- renforcer les équipes des services d'urgence par la création de 150 équipes (médecins, infirmier(e)s, travailleurs sociaux) en 2004 ;
- la création de 90 services de courts séjours de gériatrie, 50 équipes mobiles gériatriques, 15 000 lits de SSR, 8 000 places de HAD et 200 lits en hôpitaux locaux en 4 ans.

La répartition budgétaire reposait sur des critères nationaux (activité des SAMU, bassin de population, nombre de sorties terrestres SMUR moyennées sur 3 ans...), et des critères régionaux au travers de concertations avec les professionnels de l'Urgence, de manière à ce que les ressources soient affectées là où elles seraient le plus rapidement efficaces.

Après plus de deux ans de mise en œuvre, le « Plan Urgence » a permis la création de plus de 2 400 postes (médicaux et non médicaux)

dans les services d'urgence/SAMU/SMUR, dont 450 postes de praticiens, 135 titularisations de médecins, plus de 1 000 postes d'infirmier(e)s et 900 postes de permanencier(e)s auxiliaires de régulation médicale, d'ambulancier(e)s SMUR, AS, ASH...

La moitié des 465 services d'urgence des établissements de santé publique ont été renforcés. À ce jour, 90 % des postes créés en 2004 et 77 % des postes créés en 2005 sont pourvus. Par ailleurs, les données d'activité issues de la SAE 2002 montrent que les centres hospitaliers non CHU assurent la prise en charge de 73 % des passages aux urgences en France et 27 % sont assurés par les CHU. Cette proportion se retrouve, s'agissant de la répartition des crédits du « Plan Urgence ». Ainsi, 61 % des moyens sont attribués aux centres hospitaliers et 38 % aux CHU pour 1 % aux PSPH. On peut aussi noter que les SAU ont bénéficié de 54 % des postes et 24 % aux unités de proximité. Cette répartition suit celle de l'activité car les SAU assurent 57 % de la prise en charge de l'activité des urgences, alors que les unités de proximité en assurent 28 % (les 5 % restant sont pris en charge dans les POSU).

Le « devenir » (2006-2007-2008) du « Plan Urgence » sera ce que les professionnels en feront..., au sein des Commissions permanentes régionales des urgences mises en place en 2005 par le ministre de la Santé. Ces Commissions, présidées par les directeurs d'Agences régionales d'hospitalisation, associant des représentants professionnels des urgences, les représentants des Conférences de directeurs, de présidents de CME, des Collèges de médecine d'urgence... devraient, au travers d'une large concertation régionale, établir un diagnostic partagé des besoins et établir des priorités en termes de répartition des ressources et de créations de postes. Cette « souplesse » régionale doit permettre une délégation de crédits là où les ressources seront le plus adaptées aux besoins identifiés.

Après plus de deux ans de mise en œuvre du « Plan Urgence » et du suivi de son financement, il s'agit aujourd'hui d'évaluer l'impact de la mise en place de ces différentes mesu-

res. C'est-à-dire appréhender tout autant des améliorations apportées dans le domaine de la conformité (décrets urgences mai 2006), de l'organisation médicale et soignante des SAMU/SMUR et des services d'urgence qu'en terme de qualité de prise en charge et bien sûr, mesurer la satisfaction des équipes. Des experts : représentants des sociétés savantes, représentants des professionnels de la médecine d'urgence, la HAS, la MeaH, l'ATIH, la DREES, l'ORUMip, la DHOS... devraient définir et choisir des indicateurs afin de réaliser cette analyse.

Des difficultés persistent encore pour de nombreuses équipes : urgences enfants, régulation des SAMU, SMUR de proximité, équipes de services d'urgence... l'effort doit se poursuivre.

Mais nous devons, avec discernement, faire la part de ce qui relève de la responsabilité de l'État et ce qui dépend directement de notre propre capacité de professionnels à résoudre nos problèmes d'organisation... L'évaluation de nos pratiques professionnelles devrait nous permettre de répondre aux objectifs de qualité dans le domaine de la performance diagnostique, thérapeutique et de la gestion des flux aux urgences. La mise en place du DESC de médecine d'urgence est un événement important. Les liens entre les facultés de médecine, les hôpitaux universitaires et non-universitaires devront se renforcer afin de proposer, dans le domaine de la formation initiale et de l'acquisition des pratiques, des méthodes modernes d'évaluation et de suivi.

Nous traversons actuellement une période relativement favorable avec des ressources supplémentaires pour renforcer nos équipes en difficulté... et pourtant, certaines déclarations sous-entendent des discours inquiétants sur la qualité ou la sécurité de prise en charge des malades aux Urgences...

Tâchons de préserver autant que possible un acquis essentiel : la confiance de nos concitoyens dans nos équipes SAMU/SMUR/Urgences, car elle est précieuse. La qualité de nos actions en Médecine d'Urgence est déjà connue... le « Plan Urgence » est une avancée dans cette reconnaissance. ■