COORDINATION NATIONALE
des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de proximité

LES FICHES de la COORDINATION NATIONALE

Fiche n° **3**

Rapport Grall : TERRITORIALISATION DES ACTIVITES D'URGENCE Partie 3 : PROPOSITIONS ET PLAN D'ACTIONS ;

RAPPORT

- demandé par la ministre de la santé Marisol Touraine en Mars 2015
- remis à ses services en Juillet 2015.
- en parallèle des discussions parlementaires sur la loi « modernisation de notre système de santé ».

Ce rapport (qui a fuité dans la presse alors qu'il devait être réservé aux ARS) décrit les modalités d'application de la loi dans son volet GHT pour les activités d'urgences.
Les commentaires du ministère concernant Valognes ne laissent plus de doute.
Le ministère explique aujourd'hui que Valognes est une *" possible illustration des nouvelles organisations "* sur lesquelles travaille la mission de l'inspection générale des affaires sociales chargée de définir d'ici l'été *" les modalités de mise en œuvre des recommandations "* de ce rapport.

Depuis de nombreuses années la réduction des dépenses de santé s'inscrit dans un objectif global de réduction des dépenses publiques.
Ces 10 dernières années, T2A, Loi HPST (Bachelot) et maintenant Loi de modernisation de notre système de santé (Touraine) forment une continuité dans les restructurations, fusions fermetures de lits et de services, avec en parallèle la destruction du maillage territorial indispensable à l'accès aux soins pour toutes et tous.

Extraits de la partie 3 du rapport

« Permettre un accès aux soins de qualité sur les territoires pour les populations : »
2 types de dispositifs organisés et pilotés par l'ARS (agence régionale de santé)

- un réseau territorial de l'accès aux soins non programmés.
- une équipe de territoire de médecins urgentistes.
-

« Un périmètre unique pour les 2 dispositifs …… le territoire des GHT ... »

Analyse

Comme pour les maternités et les chirurgies le rapport reste sur le principe que les petites unités ne peuvent pas offrir des soins de qualité.
Le but reste le même : faire entrer dans l'inconscient collectif que ces petites structures présentent une tare majeure qui ne peut que conduire à leur fermeture ou leur transformation.

Pas de preuve scientifique, à ce jour liant nombre d'actes et sécurité pour les actes courants.

« Mettre en place un réseau territorial de l'accès aux soins non programmés : »

- pilotage du réseau à partir du centre 15 et d'un N° unique généraliste libéral à venir.
- orientation des usagers au sein du réseau basée sur une régulation médicale adaptée.

Tout gérer à partir d'une plate-forme téléphonique (de la grippe de papa ou la rhino du petit dernier jusqu'à l'hémorragie cataclysmique ou l'accident gravissime).

- Un moyen imparable de tout contrôler.
- Efficacité comptable garantie.
- Efficacité médicale et humaine ???
- La régulation ne peut suppléer le manque de médecins et leur mauvaise répartition :

une zone géographique trop vaste est source d'inefficacité

« Mettre en place des équipes d'urgentistes de territoire » :
« Dans chaque territoire, au sein de chaque GHT …il convient de créer une équipe de territoire unique de médecins urgentistes sous l'autorité hiérarchique d'un chef de service … situé au niveau de l'établissement siège du GHT.
« Cette équipe sera portée par un établissement pivot qui agira comme un prestataire de service pour toutes les structures d'urgence du territoire. »

L'établissement support aura la gestion globale des médecins urgentistes du GHT.
En cas de pénurie il assurera en priorité son tableau de garde.
Les périphériques ???

« Etablir des niveaux pour les structures prenant en charge les urgences »

- *des services d'urgence …*

ces services pourraient parfois, selon les cas, être localisés uniquement dans l'établissement

Les restructurations se mettent en place pour aboutir à un seul service d'Urgence par GHT :

- éloignement des prises en charge
- perte de chance
- mise en danger des populations

Siège du GHT.

- *des antennes de service d'urgence* , dont l'ouverture serait de principe permanente, des adaptations d'amplitudes par dérogation de l'ARS étant possibles …
- *des centres de soins non programmés*(*CSNP)* Ces unités … s'inscriraient dans le réseau territorial d'accès aux soins non programmés.

Selon les cas certains services d'urgence à faible activité (< 8 à 10000 passages) pourraient évoluer et être transformer en CSNP … leurs horaires de fonctionnement seraient définis et contractualisés dans le cadre du réseau. »

« Optimiser la ressource en compétences de médecin urgentiste : »
« éviter la présence inutile de médecin lors de période de faible activité ou sur des structures à faible activité globale. »

Par définition, l'urgence vitale ne prévient pas, doit être prise en charge rapidement par une équipe spécialisée. La rapidité de prise en charge prime sur le nombre de patients.
Le remplacement d'un service d'Urgence par un Centre de Soins non programmés :

- fait disparaître l'obligation de disposer de médecins urgentistes car les permanences peuvent être tenues par des médecins généralistes (encore faut il qu'il y en ait de disponible!!!)
- annule la contrainte d'ouverture 24h/24 – 7j/7 (en clair fermeture de nuit voire de week-end).

« Optimiser le recours aux SMUR dans certaines zones éloignées et peu peuplées : »

« Il existe le dispositif des médecins correspondant SAMU qui ont vocation à intervenir en attendant les moyens qualifiés parfois héliportés. En fonction de leur nombre … le maillage des SMUR pourrait être desserré. »

« il pourrait être envisagé, dès lors qu'il existe des médecins pompiers formés à l'urgence, de leur confier,dans ces zones la fonction de SMUR pour permettre d'apporter les soins primaires aux urgences vraies. »

Le texte des 30 mn n'est malheureusement pas un rempart : **ce texte prévoit que personne ne doit être à plus de 30 mn d'une prise en charge en urgence** (mais pas forcément par un médecin urgentiste).
La mise en place de médecins correspondant SAMU formés à l'urgence permet aux tutelles de prétendre respecter la disposition.
Les hélicoptères ne sont qu'un plus dans l'organisation des services d'urgence et **ne doivent pas être considérés comme LA solution.**
Le SMUR 24H/24 7j/7, basé dans un hôpital de proximité, reste le seul accès efficace à l'urgence vitale. Sa connaissance du terrain augmente sa rapidité d'intervention indispensable en Urgence

« Organiser le travail sur les sites d'urgence de faible activité »

- ne pas maintenir 2 Urgentistes 24h/24 (accueil urgences et SMUR) pour les sites de faible activité.
- répartir les ressources urgentistes au sein d'une équipe médicale de territoire

+ associer une approche du temps de travail en plages horaires (et non plus en lignes de garde) => optimiser l'utilisation des ressources

Contexte de pénurie médicale organisée (numérus clausus) implique :

- intégrer les médecins urgentistes des petites structures dans une équipe territoriale
- boucher les trous de l'établissement support.
- temps de travail en plages horaires et non plus en lignes de garde
- couvrir uniquement les plages jugées rentables.

Plages horaires sans urgentistes **=** nier l'existence d'urgences vitales **=** vision purement comptable et administrative

Rien à voir avec une soi-disant qualité des soins.