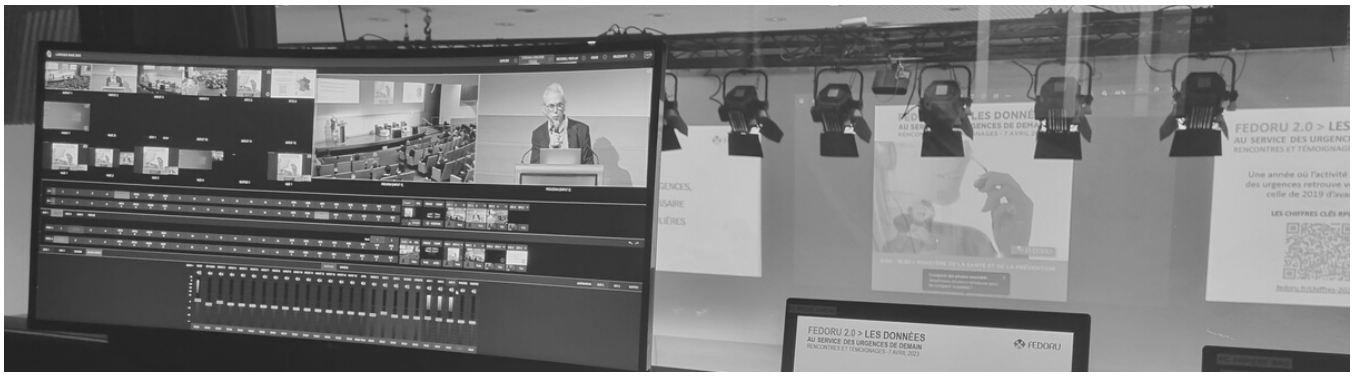
JUIN 2023 NUMERO 6

# NEWSLETTER

LE BULLETIN D'INFORMATION DE LA FÉDÉRATION
DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DES URGENCES




## EDITO

FEDORU.FR

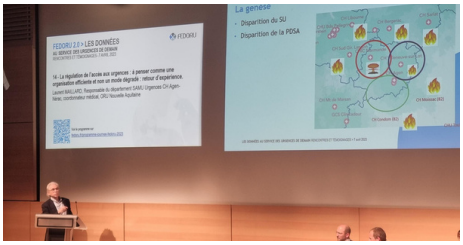
Chers amis,
Récemment, nous avons assisté à une entrée en vigueur de la loi Rist. Depuis le 3 avril 2023, les intérimaires médicaux sont désormais soumis à un plafonnement de leur rémunération dans les hôpitaux. Cette loi vise à mettre fin à des pratiques abusives, qui ont longtemps été considérées comme coûteuses pour nos hôpitaux. Nous espérons que cette loi sera l'occasion donnée, de remettre de l'attractivité pour la médecine hospitalière : gardes, astreintes et heures supplémentaires, pour ne citer que cela.
Nous sommes également ravis d'avoir pu partager avec vous le succès de notre dernière plénière FEDORU, qui s'est tenue le 7 avril 2023 au ministère de la santé et de la prévention. Avec une participation record, cette journée a été l'occasion pour la FEDORU de discuter de questions importantes comme les données au service des urgences de demain et de partager des idées novatrices pour améliorer l'organisation de nos structures d'urgence. Nous sommes fiers de la dynamique enclenchée et de l'engagement de nos ORU envers notre mission commune.
Enfin, nous vous informons que la DREES, en partenariat avec la FEDORU, la SFMU et le GFRUP lance une enquête URGENCES, anonyme et confidentielle, sur les services des urgences publiques et privés en France, y compris les DROM, le 13 juin 2023. Cela constituera une véritable photographie nationale exhaustive, importante pour comprendre les tendances et les défis auxquels sont confrontés nos services d'urgence, ainsi que pour identifier les opportunités d'amélioration. Nous encourageons tous les urgentistes à participer à cette enquête et à contribuer ainsi à la construction d'un système de soins plus efficient.

**13 juin**
**ENQUETE DREES**

## SÉMINAIRE FEDORU ET JOURNÉE PLENIÈRE : RETOUR EN IMAGE

### AU PROGRAMME

Après avoir ouvert la journée annuelle aux partenaires, nous avons réuni les membres de la FEDORU pour travailler nos nombreux sujets d'actualités § Partage et retex des projets régionaux, révision des recommandations relatives à la gestion des tensions en établissement hospitalier, résumé des dossiers de régulation en compagnie de nos partenaires : DGOS, DGS, ANS et SpF.



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

**COMPTE-RENDU DE PRESSE**

FEDORU

## LE 7 AVRIL 2023 DE 8H30 À 16H30
## AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION - PARIS

# FEDORU 2.0 > LES DONNÉES AU SERVICE DES URGENCES DE DEMAIN
RENCONTRES ET TÉMOIGNAGES

*La FEDORU, Fédération des Organismes de Régulation de l'Urgence, est une association créée en 2013 qui regroupe les Observatoires Régionaux des Urgences et les structures apparentées. Elle a pour mission principale d'améliorer la qualité de prise en charge de patients aux urgences, en s'appuyant sur les différents collecteurs de données et l'expérience de chacun de ses membres.*

*La FEDORU, coordonne les actions entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des urgences, y compris les SAMU. Son rôle est aussi de promouvoir les ORU, d'assurer toutes les actions de représentation pour ce domaine d'expertise, de partager ou de promouvoir les expertises dans le domaine des soins de premier recours, de contribuer également au développement de la médecine d'urgence.*

———————

Le colloque annuel de la FEDORU était orienté sur son cœur d'activité : les données d'activité et ses usages pour les urgences de demain. De nombreux sujets d'actualités sont ciblés, notamment l'évaluation de l'efficience des filières d'urgence pour les personnes âgées, l'organisation des prises en charge de ces dernières par le SAMU, l'incidence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sur les structures d'urgence et les enjeux pour le bed manager en établissement et territorial.

Retour en synthèse sur cet événement largement suivi.

**CAROLINE LIGIER ET PIERRE MENSANS DUPORTETS,** de l'ORU Nouvelle Aquitaine, s'arrêtent sur la constatation d'un vieillissement de la population générale qui s'accélère en France, avec une part des + de 75 ans en augmentation de 16 % de la population globale en 2023. Les séjours hospitaliers des 75 ans et plus sont également en augmentation. Il est donc nécessaire de mettre en place une filière de prise en charge et d'orientation, une équipe mobile de gériatrie, de renforcer les paramédicaux et les médecins des urgences et de coordonner la liaison ville-hôpital, l'EMOG en préhospitalier et les CPTS.

**POUR LES PERSONNES ÂGÉES, LE DR HENRI DELELIS FANIEN** du CHU de Poitier expose deux approches possibles pour le SAMU : évaluer les situations d'urgence pour améliorer la qualité de prise en charge ou mobiliser des ressources pour constituer une filière spécifique de prise en charge. Les outils numériques comme le DMP (en EHPAD) peuvent également diminuer de 25 % les taux d'hospitalisation aux urgences et permettre l'accès aux directives anticipée. Il faut mobiliser de nouveaux acteurs : le rôle du DAC-PTA qui intervient en aval d'une régulation médicale grâce à leur connaissance des territoires.

**LES DR CLAUDE BRONNER (URPSML GD EST) ET ROMAIN HELLMANN (ARS GD EST)** abordent de concert l'impact des CPTS sur les structures d'urgence. Un tableau de bord des CPTS permet de partager et d'échanger entre les SAU et les acteurs de la ville. Il permet également de prédire un tableau de bord en regroupant les communes selon l'appartenance des CPTS et en évaluant leur bassin d'activité effectif. Le tableau de bord des soins de ville permet de visualiser l'activité de médecine générale de façon transparente et partagée entre la ville et l'hôpital.

**EN CE QUI CONCERNE LE BED MANAGER, ALAIN DESBOUCHAGES** de l'ORU Occitanie, établit le constat d'organisations hospitalières peu matures et souligne l'indispensable implication des directions. Les bed managers sont souvent peu formés, leur amplitude horaire est limitée, ils ont un rôle peu clair et sont soumis à de fortes tensions de la parts des médecins ou cadres demandeurs et leurs homologues receveurs. Des outils de pilotage existent mais sont peu connus et utilisés, tels que les disponibilités des lits et le BJML ( Besoin Minimum Journalier en lits).

Suite page suivante

# LE COLLOQUE DE LA FEDORU

• Retrouvez les interventions filmées et supports de présentation sur **fedoru.fr**

La réussite est plus que mise à mal sans une volonté forte coté établissements, institutionnelle voir territoriale. Le facteur humain est essentiel à la mobilisation de tous les indicateurs , au suivi et à la coordination pour assurer la fiabilité, la transparence de la donnée et son usage optimal.

**LE MONITORING DU TRAUMATISÉ SÉVÈRE DU SMUR À LA SORTIE DE RÉA, PRÉSENTÉ PAR LE DR LAURE JAINSKY** (Urg'ARA) présente la nécessité d'organiser un réseau de traumatisé sévère. La traumatologie sévère, première cause de mortalité de moins de 45 ans , au coût exorbitant , implique un système structuré qui coute moins qu'un système désorganisé. L'objectif de la filière est d'améliorer la prise en charge des traumatisés sévères , d'augmenter l'innovation-recherche et de diminuer la morbimortalité ainsi que les coûts .

**CETTE DEUXIÈME PARTIE** s'est concentrée sur les enjeux et l'impact des ressources humaines sur le fonctionnement des urgences. Le Dr Marc Noizet (CHU Mulhouse et président SUDF) a souligné que les RH étaient une préoccupation majeure pour les services d'urgence, avec 30 % des postes vacants et une tension majeure sur les RH médicales aggravée depuis 2017 et la création du DES (diplôme d'études spécialisées), ainsi qu'une tension sur le personnel infirmier depuis le post-Covid. Il a également noté que le référentiel RH datant de 2011 était obsolète, qu'il y avait une méconnaissance de l'existant malgré des données déclaratives DREES et SAE, et que la donnée majeure intégrait le financement des SU. Le Dr Corinne Peray a également souligné que la gestion de l'aval des urgences était essentielle pour réorganiser les services, avec l'exemple d'une unité post-urgences qui avait permis une meilleure activité du service, un gain de place, une sectorisation des urgences, une expérience patient positive, une amélioration des flux, des délais et du temps de séjour.

**ENFIN, SONDES CHAABANE, DE L'INSA HDF,** a présenté la simulation des flux comme une méthode permettant d'apporter des réponses à la question "que se passe-t-il si ?" et de tester plusieurs alternatives pour diagnostiquer l'existant, notant que l'augmentation des RH n'était pas la solution à tous les problèmes.

**LE DR AL FERAL-PIERSSENS DU SAMU 93** à souligné qu'il y avait différents champs d'analyse pour les données en médecine d'urgence, et qu'il était important de s'extraire du cadre trop étroit pour les exploiter avec différents angles ou champs d'analyse différents. Il ne faut pas négliger les enjeux médicaux, sociaux, économiques, , politiques, sans oublier la rigueur des analyses, l'accessibilité des données, l'expertise pour les exploiter et d'appareiller les bases de données. Les discussions ont ensuite porté sur les soins non programmés et les nouveaux centres de soins (CSNP).

**LE DR MAEVA DELAVEAU, PRÉSIDENTE DE LA PREMIÈRE FÉDÉRATION DES CSNP (FFCNSP)** précise que les soins non programmés sont des demandes de soins n'ayant pas fait l'objet d'une prise de rendez-vous, souvent liées à une urgence ressentie ou à une inquiétude. Les CSNP sont des structures qui offrent des soins sur place sans rendez-vous, avec un plateau technique minimal et il existe une grande diversité de structures. Les intervenants ont discuté de la différence entre les maisons médicales de garde et les CSNP, ainsi que de l'intérêt de la labellisation et de l'évaluation de ces structures pour mieux les intégrer dans la chaîne de soins.

**LE DOCTEUR MATHIAS WARGON** a également mis en avant l'évolution du financement des urgences vers un système de forfait moins rémunérateur poussant les entreprises privées à rentabiliser leurs énormes centres en proposant des actes plus importants en termes de radiologie ou de biologie. La table ronde a porté sur la capacité des CSNP à délivrer des soins sur place et sur le risque d'uberisation si ces structures remplaçaient le suivi par le médecin généraliste. Les intervenants ont également évoqué les problèmes liés à l'informatisation des CSNP et la néces-sité d'un cahier des charges pour les logiciels. Enfin, une cartographie nationale des CSNP a été présentée, mettant en évidence l'ex-trême variété de ces structures. Lors de la dernière partie de la journée, plusieurs pré-sentations ont été faites sur le recours aux urgences. Tout d'abord, un projet d'outil d'aide à l'organisation des soins non pro-grammés a été présenté par Laurent Gadot (DGOS) et Dr Fabrice DANJOU (ARS PACA). Il s'agit de quatre outils d'aide à la décision destinés aux ARS pour estimer les besoins territoriaux en matière d'urgences. L'objectif est de réduire les passages inadaptés aux ur-gences en développant des alternatives de soins non programmés. Un outil permettant de quantifier le taux de recours aux urgences au niveau communal a été développé pour observer, quantifier et typifier les recours.

**LOUISE MOROT ET CHARLOTTE GRIMALDI (ARS PACA)** ont présenté une campagne de sensibilisation visant à responsabiliser les usagers en évitant le recours systématique aux urgences. Une car-tographie interactive des offres alternatives a été mise en place sur la plateforme de l'ARS, généralisée à l'ensemble du territoire. La position de l'institution est de promou-voir le bon usage des services de santé.

**ENFIN, LE DR LAURENT MAILLARD A PRÉSENTÉ UN RETOUR D'EXPÉRIENCE** sur la régulation de l'accès aux urgences en Nouvelle Aquitaine. Suite à une situation intenable où les médecins libéraux ont souhaité suspendre leur participation à la permanence des soins ambulatoires, un projet territorial a été mis en place. Les effecteurs libéraux ont été sollicités en mode SAS et PDSA, et une procédure de régulation de l'accès aux urgences a été mise en place dans le 47. Cette organisation a permis l'orientation des patients vers le bon soin sans avoir induit d'événements indésirables. Le travail avec la médecine libérale s'est amélioré et l'édu-cation de la population a été rapide. Le SAMU a été le pivot de cette organisation efficiente.

---

* Équipe mobile à orientation gériatrique ** Besoin journalier minimal en lits