

# « Pour un Pacte de Refondation des Urgences »

RAPPORT

DE  
THOMAS MESNIER  
DEPUTE DE CHARENTE  
ET  
DU PROFESSEUR PIERRE CARLI  
PRESIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'URGENCE HOSPITALIERE

Avec le concours de Stéphanie FILLION et Hamid SIAHMED,  
membres de l'Inspection générale des affaires sociales

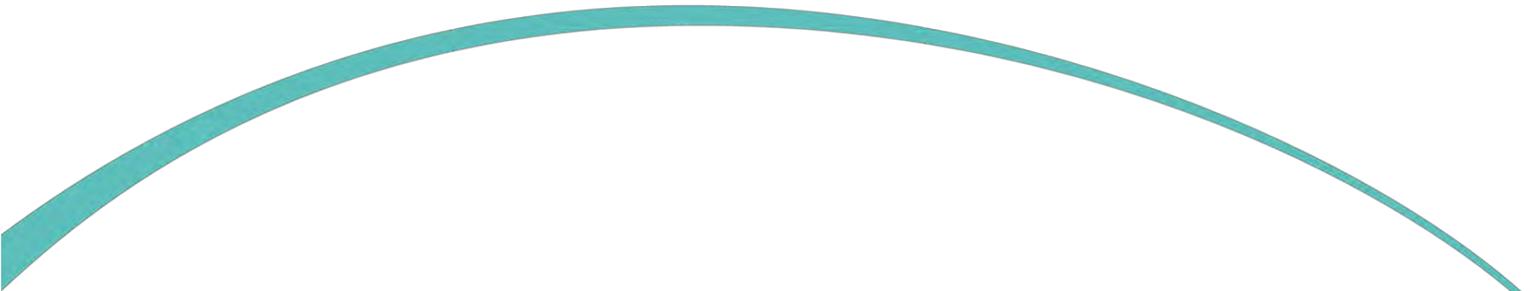
Décembre 2019

# SOMMAIRE

TOME 1 .....	5
SYNTHESE.....	7
1 LA STRATEGIE « MA SANTE 2022 » VISE A FAVORISER UNE MEILLEURE ORGANISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE QUI DEVRONT TRAVAILLER ENSEMBLE ET MIEUX COOPERER AU SERVICE DE LA SANTE DES PATIENTS .....	16
2 EN DEPIT DES NOMBREUX RAPPORTS PORTANT SUR CE SUJET, ET DES MULTIPLES INITIATIVES EN DECOULANT, LA SITUATION D’AFFLUX AUX URGENCES PERSISTE ET S’AGGRAVE .....	17
3 AMELIORER LA REPONSE AUX BESOINS DE SOINS NON PROGRAMMES IMPLIQUE TOUT D’ABORD D’AGIR SUR L’AMONT DES URGENCES .....	23
4 LA REFONDATION DES URGENCES IMPLIQUE EGALEMENT D’AGIR SUR LEUR ORGANISATION, LEUR FINANCEMENT MAIS AUSSI LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES .....	45
5 ENFIN, UN AVAL DES URGENCES PLUS PARTICIPATIF PERMETTRAIT DE MIEUX ANTICIPER L’ACCUEIL DES FLUX DE PATIENTS A HOSPITALISER APRES LEUR PASSAGE AUX URGENCES .....	60
6 CONCLUSION .....	63
RECOMMANDATIONS .....	65
TOME 2 .....	69
LE SERVICE D’ACCÈS AUX SOINS .....	71
1 INTRODUCTION .....	73
2 DEFINITION, OBJECTIFS.....	76
3 UN PERIMETRE DES MISSIONS ET UNE ORGANISATION OPERATIONNELLE DU SERVICE D’ACCES AUX SOINS, INNOVANTS QUI REPOSENT SUR UN GUICHET UNIQUE SANTE, UN ACCES UNIVERSEL EN LIGNE ET UN CATALOGUE DE RESSOURCES DISPONIBLES. ....	86
4 LES IMPACTS FINANCIERS DU SERVICE D’ACCES AUX SOINS SONT DELICATS A EVALUER ET MERITENT UNE ATTENTION PARTICULIERE.....	123
5 UNE DEMARCHE PEDAGOGIQUE ET DE COMMUNICATION DE GRANDE AMPLEUR EST MISE EN PLACE, DANS LA DUREE SUR LE BON USAGE DU NUMERO SANTE. ....	128
6 CONCLUSION .....	130
RECOMMANDATIONS .....	131
ANNEXE 1 : COHERENCE AVEC LES TRAVAUX MENES PAR LA MISSION INTERMINISTERIELLE MARCUS.....	133
ANNEXE 2 : FICHE DE POSTE OSNP .....	134
ANNEXE 3 : FICHE DE POSTE SUPERVISEUR .....	137
LA GRADATION DES STRUCTURES DE MEDECINE D’URGENCE .....	139
1 INTRODUCTION .....	141

2	LA NOTION DE GRADATION DES STRUCTURES D'URGENCE.....	141
3	UNE SITUATION DEGRADEE LIEE A UNE FORTE TENSION .....	143
4	QUELLES MESURES PRENDRE POUR AMELIORER DURABLEMENT LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ? .	149
	RECOMMANDATIONS .....	154
	RÉFORME DES TRANSPORTS MEDICALISÉS.....	155
1	INTRODUCTION .....	157
2	LE TRANSPORT SANITAIRE URGENT SE DECLINE EN PLUSIEURS TYPES .....	157
3	LE DEVELOPPEMENT DE TRANSPORTS PARAMEDICALISES URGENTS PERMETTRAIT, EN VEILLANT A GARANTIR LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE, DE MIEUX UTILISER LES COMPETENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES .....	164
	RECOMMANDATIONS .....	169
	ANNEXE 1 : SITUATIONS CLINIQUES JUSTIFIANT UN TIH .....	171
	LA FORMATION DES MEDECINS URGENTISTES .....	175
1	AVANT 2017, LE DESC DE MEDECINE D'URGENCE PERMETTAIT AUX MEDECINS TITULAIRES D'UN DES DE SE SPECIALISER DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS .....	177
2	DEPUIS 2017, LE DES DE MEDECINE D'URGENCE VISE A RECONNAITRE PLEINEMENT CETTE SPECIALITE, DANS UN CONTEXTE MARQUE PAR LA PENURIE DE MEDECINS URGENTISTES ET LA PERTE D'ATTRACTIVITE DE CETTE PROFESSION .....	178
3	A L'AVENIR, IL FAUT RENFORCER L'ATTRACTIVITE DE LA MEDECINE D'URGENCE ET LIMITER CERTAINS EFFETS PERVERS DU DES POUR LES ETUDIANTS ET POUR LES MEDECINS EN EXERCICE.....	184
	RECOMMANDATIONS .....	190
	ANNEXE 1 : PRESENTATION DES MAQUETTES (DES DE MEDECINE GENERALE / DES DE MEDECINE D'URGENCES) ET DE LEURS EVOLUTIONS RECENTES .....	191
	LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS: PLACE ET ROLE DANS LE DISPOSITIF DES URGENCES .....	193
1	LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS) .....	195
2	LA PLACE DES PASS AU SEIN DES STRUCTURES D'URGENCE EST A REAFFIRMER .....	199
3	LES PISTES DE PROGRES .....	200
	RECOMMANDATIONS .....	203
	LETTRES DE MISSION.....	205
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	233
	SIGLES UTILISES .....	257





« Pour un Pacte de Refondation des  
Urgences »



**TOME 1**





# SYNTHÈSE

Par lettres de mission en dates du 6 juin 2019 et du 19 juin 2019, le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé nous ont confiés la conduite d'une réflexion sur la refondation des urgences. Cette mission intervient dans un contexte particulier de tensions auxquelles sont confrontées les structures de médecine d'urgence.

Nos travaux, menés de juin à novembre, ont pris la forme de nombreuses auditions, nous conduisant à rencontrer environ 160 personnes, en particulier des professionnels médicaux et soignants représentant le secteur. La mission a également tenu à se rendre sur le terrain, dans des établissements de santé de toutes tailles, afin d'appréhender la réalité des situations et les spécificités des zones urbaines, péri-urbaines et rurales. A ce titre, au-delà des déplacements, les remontées d'informations en provenance des agences régionales de santé (ARS) ont été riches et rendent compte de pratiques locales très diversifiées. Enfin, de nombreuses contributions ont été reçues par la mission, permettant d'alimenter précisément nos expertises.

Grâce à ces échanges, la mission bénéficie d'un panorama objectif de l'organisation et du fonctionnement des structures d'urgences aujourd'hui, des difficultés et des attentes des professionnels ainsi que des leviers d'action envisageables. Ce travail conduit donc à proposer un certain nombre de recommandations pragmatiques et pouvant être déployées rapidement afin d'améliorer concrètement la qualité de la prise en charge des patients aux urgences, au-delà, leurs parcours de soins et de meilleures conditions de travail pour les professionnels.

Les premières pistes de la mission ont d'ailleurs donné lieu, le 9 septembre dernier, à des mesures annoncées par la ministre sous la forme d'un Pacte de refondation des urgences actuellement en cours de déploiement.

Le présent rapport comprend deux tomes :

- le tome 1 aborde l'ensemble des pistes de réflexion pour participer à la refondation des urgences, dans la continuité de la stratégie « Ma Santé 2022 » visant à favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé, qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. La mission a volontairement opté pour une approche globale et séquentielle afin d'aborder les trois segments interdépendants de la prise en charge des urgences, à savoir l'amont, les urgences elles-mêmes puis l'aval. En effet, une vision focalisée sur un seul segment de ce parcours a de grandes chances d'être inefficace, voire contre-productive ;
- le tome 2 aborde quant à lui de manière plus approfondie et technique cinq mesures spécifiques, dont trois ont d'ores et déjà été annoncées par la ministre dans le Pacte de refondation des urgences : l'organisation du service d'accès aux soins (SAS), la gradation des structures d'urgence et la réforme des transports médicalisés. Deux mesures supplémentaires font par ailleurs l'objet d'investigations spécifiques : la formation des médecins et les permanences d'accès aux soins de santé, les PASS, qui sont des cellules de prise en charge médico-sociale. Les constats et recommandations dédiées à ces cinq sujets sont donc développés directement dans le tome 2.

S'agissant de l'état des lieux, force est de constater que le consensus domine parmi les acteurs, en dépit des nombreux rapports déjà remis sur le sujet depuis le rapport Steg sur la médicalisation des urgences, qui a posé des bases fondatrices en 1993. Les symptômes de ce malaise sont connus de tous, parmi lesquels figure en tout premier lieu l'augmentation des passages aux urgences. Ainsi, en 2016, près de 21 millions de passages ont été recensés dans les 719 structures publiques ou privées d'urgence, soit une progression de + 3,5 % par rapport à 2015. Vingt ans auparavant, en 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait à 10 millions. Parmi les symptômes du malaise peuvent aussi être cités l'augmentation des temps d'attente, les difficultés d'hospitalisation en aval des urgences, le mécontentement des patients et des personnels, dont certains sont en grève depuis plusieurs mois (selon des modalités variées mais avec des patients toujours pris en charge), voire démissionnent, le glissement progressif des tâches en amont de l'hôpital vers les services d'urgence, l'augmentation des agressions à l'encontre du personnel, etc.

Les urgences sont d'autant plus sous pression qu'elles se situent dans une « zone de frottement » entre la médecine de ville et les structures hospitalières. Leur saturation peut donc peser véritablement sur la qualité de la prise en charge des patients.

La mission considère cependant que ce consensus permet aujourd'hui de bénéficier d'une base solide pour construire des pistes d'amélioration pouvant prendre la forme d'une « boîte à outils » afin de traiter le problème le plus efficacement et rapidement possible.

### **Concernant l'amont des urgences**

Améliorer la réponse aux besoins de soins non programmés implique tout d'abord d'agir sur l'amont des urgences. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) joueront un rôle indispensable dans ce cadre.

L'engorgement des urgences impose tout d'abord de développer des alternatives plus adaptées pour les patients qui ne présentent pas une situation de détresse vitale, afin d'éviter le recours par défaut aux urgences pour des problèmes relevant en réalité d'une demande de soins non programmés. Dans cette perspective, le développement des maisons médicales de garde (MMG) doit être poursuivi, avec comme objectif l'implantation d'une MMG à proximité directe de tous les services d'urgence totalisant plus de 50 000 passages par an (129 services d'urgence sont concernés et 64 d'entre eux bénéficient déjà de la présence d'une MMG à proximité). Une généralisation pourrait donc être envisagée dès 2020.

Parallèlement, la mission note que deux leviers complémentaires pourraient faciliter le désengorgement à l'entrée des urgences : d'une part, la systématisation du tiers payant sur la part relevant de l'assurance maladie obligatoire afin que l'accès aux soins soit, pour le patient, financièrement équivalent aux services d'accueil des urgences ; d'autre part, l'instauration d'un accès direct à des examens de biologie dans le cadre de consultations sans rendez-vous en libéral.

Les enjeux de l'amont portent aussi sur les transports sanitaires, dont le cadre devrait être assoupli pour transporter le patient de son domicile jusqu'à une consultation non programmée. Concrètement, il faudrait permettre à la régulation médicale de solliciter un transport sanitaire pour des patients n'étant pas en mesure de se déplacer et qui sont orientés vers les maisons et centres de santé ou les MMG.

Le développement de l'offre de soins non programmés est un premier levier majeur pour diminuer les passages aux urgences. Un autre levier réside dans la prise en charge des pathologies chroniques en ville, qui pourrait être améliorée par l'intermédiaire des infirmiers libéraux, en lien avec les CPTS. Ainsi, le suivi en routine des maladies chroniques (diabète, maladies rénales, santé mentale, etc.)

pourrait utilement être effectué par des infirmiers en pratique avancée (IPA). Les pharmaciens constituent aussi un conseil de santé de proximité dont le rôle est important. Enfin, les ré-hospitalisations des patients chroniques devraient être davantage fléchées, avec la possibilité d'admission directe sans passage par les urgences.

Au-delà des pathologies chroniques, il importe plus globalement, dans le cadre de protocoles de coopération, de permettre aux professionnels libéraux non médecins (notamment infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens) exerçant au sein d'une équipe de soins coordonnée d'élargir leurs compétences pour prendre en charge les « petites urgences ».

Le recours inapproprié aux urgences est aussi associé à des critères de vulnérabilité sociale. Ces patients ne trouvent pas d'autre accès aux soins par méconnaissance du système de santé, par absence de ressources ou parce qu'on ne les accepte pas ailleurs. Dans ce contexte, la mission considère que les PASS facilitent l'accès des personnes démunies au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Il serait souhaitable d'élargir leur périmètre aux situations médico-sociales non urgentes, dont la prise en charge doit être globale et ne constitue pas le cœur de métier des médecins urgentistes<sup>1</sup>.

En outre, améliorer la gestion de l'amont des urgences implique de renforcer et mieux structurer la régulation médicale. Aujourd'hui, il est indispensable d'offrir à chacun un service simple et lisible pour accéder, à toute heure et à distance, à un professionnel de santé qui fournira un conseil, une téléconsultation, une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou, lorsque cela s'avère nécessaire, un service d'urgence. Les centres de réception et de régulation des appels le font déjà partiellement. Il faut désormais aller plus loin et créer, avec l'ensemble des professionnels concernés (hospitaliers et libéraux), un nouveau service d'accès aux soins (SAS), plateforme téléphonique et en ligne fonctionnant en lien étroit avec les services de secours. Ce SAS intégrerait principalement, l'aide médicale urgente et les soins non programmés ambulatoires<sup>2</sup>.

En complément, la généralisation de la vidéo à distance dans tous les SAMU améliorerait significativement la qualification des appels et la qualité de l'orientation des patients vers l'offre de soins la plus adaptée.

Enfin, favoriser les admissions directes dans les services hospitaliers constitue un levier supplémentaire pour désengorger les urgences. A ce titre, il serait utile de repenser les organisations territoriales et d'identifier les contributions des différents acteurs hospitaliers. Ces admissions directes sont encore plus souhaitables pour les patients âgés poly-pathologiques et dépendants, qui peuvent aujourd'hui arriver aux urgences « par défaut », pour un motif ne relevant pas de l'urgence médicale. Ils peuvent aussi nécessiter une hospitalisation liée à la dégradation de leur pathologie chronique. Ainsi, en 2017, 45 % des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation concernent des patients âgés de 65 ans et plus et plus du quart concernent des patients âgés de 80 ans et plus. Au-delà de l'organisation de ces admissions directes, il importe aussi de généraliser la présence d'infirmiers en EHPAD la nuit, de favoriser l'hébergement temporaire en EHPAD post-urgences par une baisse du reste à charge et de développer les équipes mobiles gériatriques afin d'apporter une expertise spécifique sur les lieux de vie des personnes âgées afin de prévenir les hospitalisations en urgence évitables.

---

<sup>1</sup> Pour rappel, ce sujet fait l'objet d'une expertise plus approfondie dans le tome 2 du présent rapport.

<sup>2</sup> Pour rappel, ce sujet fait l'objet d'une expertise plus approfondie dans le tome 2 du présent rapport

## **Concernant les urgences**

La refondation des urgences implique, au-delà de l'amont, d'agir aussi sur leur organisation et leur fonctionnement.

La mission recommande tout d'abord d'utiliser le levier financier pour inciter les services d'urgences à se concentrer sur la prise en charge des patients nécessitant une hospitalisation, en modulant le montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies. L'objectif est d'opérer une refonte globale du modèle de financement en s'appuyant sur une base majoritairement populationnelle dépendant des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins sur chaque territoire, en rééquilibrant la part à l'activité en tenant compte de l'intensité de la prise en charge des patients, et enfin en introduisant un financement à la qualité qui viendra ainsi valoriser les initiatives et résultats des établissements en matière de qualité et d'organisation des prises en charge des soins urgents, et en incitant à leur articulation avec les autres acteurs du premier recours. Cette mesure figure d'ores et déjà dans la LFSS 2020.

Ensuite, au plan organisationnel, les modalités de tri et d'orientation à l'arrivée aux urgences devraient être profondément revues en renforçant les compétences et l'autonomie des soignants, en premier lieu celles des infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA), par l'intermédiaire de protocoles de coopération, notamment en traumatologie. De plus, la création d'IPA aux urgences, compétents pour trier, déterminer un parcours de soins et effectuer certains soins courants, serait particulièrement opportune. Cet IPA pourrait être positionné à l'accueil, dans les filières de soins, en SMUR, voire à la régulation médicale.

S'agissant des ressources humaines, force est de constater que la pénurie de médecins urgentistes est une situation préoccupante et qu'il convient de renforcer l'attractivité de la profession dans le cadre nouveau mis en place par la réforme du troisième cycle. La mission recommande donc notamment le développement de passerelles entre la médecine d'urgence et les autres spécialités afin de décloisonner les parcours professionnels des praticiens<sup>3</sup>. Au-delà des enjeux propres à la qualification, il est par ailleurs indispensable d'encadrer l'intérim médical, source de nombreux abus et impactant négativement l'organisation des services. Une alternative publique pourrait être envisagée sur ce point, dans les structures en difficulté. Enfin, pour améliorer le quotidien des services d'urgence, les chefs de service devraient être mieux outillés afin de pouvoir véritablement structurer leur équipe et exercer leur fonction de management dans de bonnes conditions. Des leviers supplémentaires devraient par ailleurs être actionnés dans le cas d'agressions du personnel.

Enfin, l'optimisation de la ressource médicale apparaît indispensable dans le contexte actuel. Sur ce point, la mission encourage la mise en place d'une gradation des structures. Dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins, des antennes de médecine d'urgence, qui ne seront pas des structures d'urgence, devraient se développer afin de prendre en charge tous les soins urgents, y compris l'urgence vitale. Ouvertes tous les jours mais pas en permanence, elles disposeraient du même équipement qu'un service d'urgence classique<sup>4</sup>. Cette gradation devrait aussi concerner les transports. En effet, dans le contexte démographique actuellement difficile, les établissements de santé peinent à remplir toutes les lignes de garde et sont parfois contraints à des fermetures inopinées de SMUR qui désorganisent la couverture territoriale. La mission préconise donc une organisation distinguant les transports médicalisés urgents d'une nouvelle offre de transport, prioritairement pour les interventions secondaires<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Pour rappel, ce sujet fait l'objet d'une expertise plus approfondie dans le tome 2 du présent rapport

<sup>4</sup> Pour rappel, ce sujet fait l'objet d'une expertise plus approfondie dans le tome 2 du présent rapport

<sup>5</sup> Pour rappel, ce sujet fait l'objet d'une expertise plus approfondie dans le tome 2 du présent rapport

### **Concernant l'aval des urgences**

L'aval des urgences est très souvent considéré comme le nœud du problème, d'autant plus important que tout dysfonctionnement dans sa gestion empêche la construction de parcours de soins fluides. Ce segment doit donc impliquer l'ensemble de l'établissement de santé.

Il s'agit tout d'abord d'anticiper le besoin d'aval en le paramétrant. La relative constance des flux d'hospitalisation depuis la structure des urgences au cours d'une année permet en effet de calculer un nombre minimal de lits d'aval nécessaires pour lequel le risque de « surréservation » de lits est faible au vu des flux constatés les années précédentes. Des travaux ont d'ores et déjà été réalisés dans le cadre du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), conduisant à construire un indicateur mesurant le « besoin journalier minimum en lits » (BMJL), calculé pour tous les établissements publics. La mission considère que cet indicateur doit être promu comme un véritable outil d'aide à l'anticipation des tensions sur l'aval des urgences.

Au-delà de cet indicateur, plusieurs établissements de santé testent actuellement la possibilité de contractualiser l'aval des urgences avec les services qui prendraient en charge les patients. Les services qui adhéreraient à cette démarche pourraient voir leurs dotations en personnel et en lits adaptés à la gestion du flux aval des urgences. La mission considère qu'il est important en parallèle d'identifier une spécialité « porteuse » de l'aval des urgences. La médecine interne pourrait jouer ce rôle pour prendre en charge des patients poly-pathologiques et complexes. En complément, chaque GHT devrait mettre en place une cellule de gestion interne des lits. Enfin, au cas par cas, si la mobilisation de tous les leviers organisationnels ne se révélait pas suffisante pour atteindre le nombre de lits disponibles nécessaires sur un territoire donné, la question des capacités en lits d'aval devra être étudiée.

« L'aval de l'aval » est une dernière étape majeure dans la mesure où toute saturation conduit au blocage progressif du service d'accueil des urgences. Ainsi, l'articulation entre les urgences, le développement de l'hospitalisation à domicile et les services sociaux ainsi que les EHPAD doit être facilitée pour fluidifier le système. De même, le développement de places de jour en soins de suite et de réadaptation (SSR), permettant une meilleure orientation des patients, est nécessaire.



# SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>LA STRATEGIE « MA SANTE 2022 » VISE A FAVORISER UNE MEILLEURE ORGANISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE QUI DEVRONT TRAVAILLER ENSEMBLE ET MIEUX COOPERER AU SERVICE DE LA SANTE DES PATIENTS .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>EN DEPIT DES NOMBREUX RAPPORTS PORTANT SUR CE SUJET, ET DES MULTIPLES INITIATIVES EN DECOULANT, LA SITUATION D'AFFLUX AUX URGENCES PERSISTE ET S'AGGRAVE .....</b>	<b>17</b>
2.1	LA CROISSANCE DE LA FREQUENTATION DES SERVICES D'URGENCE RENVOIE EN PARTIE AUX DIFFICULTES D'ACCES A LA MEDECINE DE VILLE ET A L'INSUFFISANTE STRUCTURATION DES SOINS NON PROGRAMMES .....	18
2.2	LA DEMANDE D'UNE FEUILLE DE ROUTE POUR TROUVER DES SOLUTIONS IMMEDIATES, STRUCTURELLES ET DURABLES AFIN DE REFONDER DURABLEMENT NOTRE SYSTEME DES URGENCES EST PARTICULIEREMENT FORTE .....	22
<b>3</b>	<b>AMELIORER LA REPONSE AUX BESOINS DE SOINS NON PROGRAMMES IMPLIQUE TOUT D'ABORD D'AGIR SUR L'AMONT DES URGENCES .....</b>	<b>23</b>
3.1	LA TENSION GENEREE PAR L'ENGORGEMENT DES URGENCES EN RAISON D'UNE DEMANDE CROISSANTE DE SOINS NON PROGRAMMES INCITE A RECHERCHER DES ORGANISATIONS ALTERNATIVES .....	24
3.1.1	<i>A court terme, renforcer les dispositifs de soins en ville et mieux outiller notamment les maisons de santé, centres de santé et maisons médicales de garde .....</i>	<i>25</i>
3.1.2	<i>Maitriser et adapter les transports sanitaires aux soins non programmés pour apporter une alternative efficace à l'accueil par défaut au SAU de patients relevant de la médecine ambulatoire .....</i>	<i>30</i>
3.1.3	<i>Développer les CPTS afin de mieux structurer les soins de ville et renforcer la coordination entre les professionnels de santé .....</i>	<i>31</i>
3.1.4	<i>Améliorer le suivi des patients ambulatoires atteints de maladies chroniques par des infirmiers en pratique avancée .....</i>	<i>34</i>
3.1.5	<i>Au-delà des maladies chroniques, permettre une prise en charge directe par des professionnels libéraux non médecins dotés de compétences nouvelles dans un cadre sécurisé .....</i>	<i>34</i>
3.1.6	<i>Le recours inapproprié aux urgences associé à des critères de vulnérabilité sociale appelle à l'adaptation organisationnelle des permanences d'accès aux soins.....</i>	<i>35</i>
3.2	CREER UN NOUVEAU SERVICE D'ACCES AUX SOINS QUI PERMETTRA AU PUBLIC D'ACCEDER PLUS FACILEMENT A DES PARCOURS DE SOINS NON PROGRAMMES .....	37
3.3	FAVORISER LES ADMISSIONS DIRECTES DANS LES SERVICES HOSPITALIERS, EN PARTICULIER POUR LES PATIENTS AGES, CONSTITUE UN IMPERATIF POUR DESENGORGER LES URGENCES.....	41
<b>4</b>	<b>LA REFONDATION DES URGENCES IMPLIQUE EGALEMENT D'AGIR SUR LEUR ORGANISATION, LEUR FINANCEMENT MAIS AUSSI LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>45</b>
4.1	IL EST NECESSAIRE DE REVOIR LE MODELE DE FINANCEMENT DES URGENCES AFIN DE PRENDRE EN COMPTE DES CRITERES QUALITE ET METTRE FIN A CERTAINS EFFETS PERVERS.....	45
4.2	UN RENFORCEMENT DES COMPETENCES DES SOIGNANTS AFIN DE LES AUTONOMISER DAVANTAGE LORS DE L'ETAPE DE TRI ET D'ORIENTATION A L'ARRIVEE AUX URGENCES SERAIT UTILE .....	47
4.2.1	<i>Faire évoluer la fonction d'infirmier aux urgences en déployant très rapidement des protocoles adaptés ....</i>	<i>47</i>
4.2.2	<i>Créer des infirmiers de pratique avancée aux urgences .....</i>	<i>48</i>
4.3	LA PENURIE DE MEDECINS URGENTISTES EST RESPONSABLE DE DYSFONCTIONNEMENTS ET ABUS QUI DOIVENT ETRE COMBATTUS TOUT EN RENFORÇANT L'ATTRACTIVITE DES URGENCES .....	49

4.3.1	<i>Encadrer l'intérim, dont les effets sur la qualité et l'organisation des structures d'urgence sont délétères et organiser un contrôle renforcé de pratiques non réglementaires .....</i>	49
4.3.2	<i>Encourager et développer une alternative publique à l'intérim, attractive pour les personnels médicaux .....</i>	51
4.4	<i>L'AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DES URGENCES NECESSITE DE FOURNIR DES OUTILS PERMETTANT AUX MEDECINS DE STRUCTURER UNE EQUIPE ET D'EN PRENDRE LA DIRECTION.....</i>	52
4.5	<i>LA GRADATION DES SERVICES D'URGENCES ET LE DEVELOPPEMENT DE TRANSPORTS PARAMEDICALISES URGENTS PERMETTRAIENT D'OPTIMISER L'ORGANISATION DES STRUCTURES.....</i>	54
4.5.1	<i>Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge par le développement d'une réponse adaptée aux besoins.....</i>	54
4.5.2	<i>Préserver les SMUR et le maillage territorial pour les urgences vitales tout en exploitant efficacement les ressources médicales et paramédicales.....</i>	56
4.6	<i>LA RELATION AVEC LES PATIENTS ET LEURS ACCOMPAGNANTS DOIT ETRE AMELIOREE AFIN, SURTOUT, DE MIEUX LES INFORMER</i>	57
4.7	<i>LES AGRESSIONS DOIVENT ETRE COMBATTUES PLUS FERMEMENT, EN ACTIONNANT UN CERTAIN NOMBRE DE LEVIERS .....</i>	58
<b>5</b>	<b>ENFIN, UN AVAL DES URGENCES PLUS PARTICIPATIF PERMETTRAIT DE MIEUX ANTICIPER L'ACCUEIL DES FLUX DE PATIENTS A HOSPITALISER APRES LEUR PASSAGE AUX URGENCES .....</b>	<b>60</b>
5.1	<i>DEVELOPPER LA CONFIANCE ENTRE L'EQUIPE DES URGENCES ET LES SERVICES D'AVAL .....</i>	61
5.2	<i>PARAMETRER LE BESOIN D'AVAL POUR L'ANTICIPER.....</i>	61
5.3	<i>CONTRACTUALISER LE FLUX D'AVAL AVEC LES MEDECINS « DES ETAGES ».....</i>	62
5.4	<i>INTENSIFIER LE ROLE DE LA MEDECINE POLYVALENTE ET DE LA MEDECINE INTERNE COMME AVAL DES URGENCES .....</i>	62
5.5	<i>ASSURER « L'AVAL DE L'AVAL » .....</i>	63
<b>6</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>63</b>
	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>65</b>

## Introduction

Le contexte de tensions auxquelles font face les structures de médecine d'urgence ont conduit Monsieur le Premier ministre et Madame la ministre des Solidarités et de la Santé, à nous confier, par courriers en date du 6 juin 2019 et du 19 juin 2019, le soin de mener une réflexion sur la prise en charge des urgences. Ce rapport établit un constat de la situation depuis 1993, année de référence correspondant au rapport STEG, qui a posé pour la première fois le sujet épineux des urgences et propose de traiter en profondeur la question des urgences en recommandant une alternative concrète au recours quasi systématique aux services d'urgence (SU) qui s'est installé actuellement.

De nombreux entretiens ont été menés et effectués sur sites afin de pouvoir constater les tensions, prendre en compte les attentes des professionnels de terrain et recueillir leurs propositions pour que la mission établisse des constats et avancées structurantes nécessaires qui pourront être concrétisées et mises en œuvre rapidement.

Le constat du malaise des urgences est partagé par tous les acteurs. Mais si les symptômes sont communs (tension, souffrance des équipes, baisse d'attractivité), une analyse plus précise des causes est nécessaire au niveau des sites, des territoires de santé et des régions. Interface naturelle entre la médecine de premier recours qui est en pleine évolution et les hôpitaux qui se restructurent, il n'est pas étonnant que les services d'urgence (SU) aient été soumis à une forte tension. Dans ce contexte, il est illusoire de penser que des mesures s'appliquant seulement au périmètre du SU donne des résultats suffisants.

De nombreux services d'urgence se sont déclarés « en grève » ces derniers mois même si les modalités de cette grève sont très variables et souvent symboliques : banderoles, affichage, marquage sur les tenues du personnel. Certains services ont repris leur activité normale après négociation avec leurs directions, d'autres ont rejoint la grève. D'un point de vue pratique, il faut noter que partout les patients sont pris en charge. Il est aussi important d'affirmer que les filières spécialisées dédiées aux urgences vitales, régulées par le SAMU-CENTRE 15 et prises en charge par les SMUR (syndrome coronarien, AVC, polytraumatisé...) fonctionnent bien. Le problème principal n'est donc pas la prise en charge des urgences vitales.

Dans un contexte où de nombreux postes sont vacants et où les établissements de santé peinent à remplir toutes les lignes de garde, l'analyse des listes de gardes et de l'offre de soins par les ARS fortement mobilisées, montre que dans de nombreuses régions, il y a eu des difficultés pour assurer un fonctionnement normal imposant des réorganisations pour y faire face (parfois au détriment des SMUR malgré la recommandation DGOS de 2018<sup>6</sup> de privilégier le maintien du SMUR par rapport au service d'accueil des urgences (SAU) . Ce phénomène a touché les régions mais aussi pour la première fois les CHU, y compris en Ile-de-France.

Il faut noter cependant que, même dans un tel contexte, l'épisode caniculaire du mois de juillet a été contrôlé : Il n'y a pas eu d'afflux de victimes (notamment des personnes âgées et fragiles) dans les SAU alors que l'activité des CRRA 15 a augmenté de manière importante (parfois plus de 30 % d'appels). La gestion de cet épisode illustre bien la possibilité de réguler efficacement l'amont des SAU et la qualité du service à condition qu'aux moyens techniques et humains de réponse aux appels (ARM, régulateur AMU et PDS H24) soit associée une information efficace du public et la mobilisation des professionnels.

---

<sup>6</sup> Instruction n° DGOS/R2/2018/128 du 23 mai 2018 relative à l'anticipation et la prévention des tensions dans les structures de médecine d'urgence

L'attente des professionnels, médecins, paramédicaux mais aussi directeurs d'établissements, d'ARS et de la société civile est majeure. L'inquiétude et le besoin de trouver des solutions rapides ont été systématiquement exprimés, notamment à l'approche de l'hiver. Ceci a conduit en septembre 2019 à la présentation du socle des mesures détaillées dans ce document sous la forme du « Pacte de refondation des urgences » et à la constitution de groupes de travail pour compléter ou décliner les actions qui en découlent.

L'Inspection générale des affaires sociales (Hamid Siahmed et Stéphanie Fillion) a assuré l'appui à notre mission, ainsi qu'à l'équipe projet en charge du service d'accès aux soins (SAS).

## **1 La stratégie « Ma santé 2022 » vise à favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients**

Les problématiques sont connues : accroissement et vieillissement de la population, augmentation des besoins de santé liés aux maladies chroniques, augmentation de la demande face à une diminution de l'offre de soins, inégalités territoriales. La proximité des soins n'est pas liée seulement à la présence de structures de soins sur le territoire, elle intègre également le temps d'attente de prise en charge et l'adaptation aux besoins des patients.

Plusieurs mesures de la stratégie « Ma santé 2022 »<sup>7</sup> ont pris en compte ces besoins et s'appuient sur trois axes principaux :

- Préparer les futurs soignants aux besoins du système de santé de demain ;
- Créer dans tous les territoires, un collectif de soins au service des patients ;
- Faire du numérique un atout pour le partage de l'information en santé et l'évolution des pratiques.

La mission souligne les mesures de la loi pour l'organisation et la transformation du système de santé qui favoriseront l'accès aux soins et la pertinence de la gouvernance de l'action à l'échelon territorial et les principes qui doivent prévaloir pour réussir la transformation du système de santé :

- Création d'un projet territorial de santé pour rassembler les professionnels locaux au service de la santé de la population du territoire ;
- Organisation des soins de proximité au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) ou les centres de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- Reconnaissance des équipes de soins spécialisées et des délégations de compétences entre professionnels de santé ;
- Reconnaissance d'une nouvelle mission pour les hôpitaux de proximité, partagée avec les acteurs du territoire, consistant à contribuer à la permanence des soins, à la continuité de la prise en charge et à l'obligation de donner accès à des équipements de télésanté ;

---

<sup>7</sup> LOI no 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

- Fusion des différents dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes et notamment les plateformes territoriales d'appui (PTA) en Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ;
- Création auprès de chaque ARS d'une commission de coordination dans le domaine de l'organisation territoriale des soins :
- Mutualisation de la gestion des ressources médicales au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Le territoire est donc l'échelon pertinent de pilotage de l'action en santé. Le cadre réglementaire doit permettre aux acteurs de terrain de disposer de marges de manœuvre nécessaires pour adapter le périmètre et le contenu des coopérations. Les nouveaux dispositifs de coopération comme les CPTS et les DAC, socles d'une véritable gouvernance territoriale simplifiée, permettront une animation territoriale fluide et organisée autour des parcours en santé.

L'enjeu sera de garantir une proximité de la réponse apportée pour assurer pertinence et réussite. Il s'agit de soutenir les dynamiques locales plutôt que d'imposer des schémas définis au niveau national. En ce sens, le territoire, loin d'être un poncif, est pensé comme un acte de réconciliation où la proximité permet de ressouder une communauté libérale, médicosociale et hospitalière en proie aux doutes, parfois même à la défiance.

Enfin, un système d'information opérationnel doit être structuré pour l'ensemble des acteurs en santé. La télémédecine et, au-delà, le télésoin ne doivent plus être envisagés comme un simple complément à l'offre de soins existante ou comme un simple palliatif à l'absence de médecin.

Globalement l'ensemble des professionnels de Santé adhère aux objectifs de ce plan. Ils demandent sa mise en place rapide.

## **2 En dépit des nombreux rapports portant sur ce sujet, et des multiples initiatives en découlant, la situation d'afflux aux urgences persiste et s'aggrave**

Parmi les rapports qui recourent plus particulièrement le champ de la mission<sup>8</sup>, peuvent être cités les premiers rapports « STEG » de 1993 et 1995 sur la médicalisation et la structuration des urgences. L'objectif principal était de définir, dans les deux ans, les voies et moyens pour " *mieux prendre en charge les patients accueillis en urgence* " et, à cette fin, " *concentrer les services d'urgence sur un plus petit nombre de sites mieux équipés et mieux desservis* " et mieux intégrer le médecin généraliste.

Ces rapports fondateurs de l'organisation actuelle ont permis la création des SU et la séniorisation des soins mais n'ont pas anticipé l'accroissement actuel de la demande de soins non programmés qui s'est reporté faute d'autres réponses, principalement sur les SU. Alors que persiste une sous-

---

<sup>8</sup> Cf. rapport sur la restructuration des services d'urgence, le professeur Adolphe STEG, ancien chef du service d'urologie de l'hôpital Cochin, a été sollicité en 1995 par la ministre de la Santé, Elisabeth Hubert, pour de nouvelles propositions pour réformer les urgences hospitalières. Dans sa lettre de mission, la ministre juge « nécessaire d'étudier comment mieux prendre en compte l'amont de l'accueil d'urgence et notamment son articulation avec la médecine ambulatoire ainsi que l'impact des contraintes géographiques dans la future organisation territoriale des antennes d'accueil et d'orientation des urgences ».

médicalisation inquiétante de certaines équipes d'urgence, le nombre de personnes faisant appel aux services d'urgence n'a cessé de croître.

## 2.1 La croissance de la fréquentation des services d'urgence renvoie en partie aux difficultés d'accès à la médecine de ville et à l'insuffisante structuration des soins non programmés

Malgré les mesures entreprises depuis les années 1990 dans les domaines de la sécurité des prises en charge, de la médicalisation des urgences, des investissements immobiliers, de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), l'affluence dans les services d'urgence pour des soins non urgents est croissante alors que la proportion d'urgences graves reste stable<sup>9</sup>. Ainsi, en 2016, près de 21 millions de passages ont été recensés dans les 719 structures publiques ou privées d'urgence, soit une progression de + 3,5 % par rapport à 2015. Vingt ans auparavant, en 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait à 10 millions<sup>10</sup>.

La prise en charge des urgences graves représentant une faible part des passages ne pose pas de problèmes, le système étant organisé et performant. En effet, elle repose sur des filières spécialisées qui s'appuient sur le dispositif pré hospitalier des SAMU -SMUR (régulation médicale et intervention d'équipe médicalisée). Elle bénéficie d'admissions directes dans les services spécialisés permettant d'éviter lorsque le plateau technique le permet, le passage par le SU. La prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA), des polytraumatisés ou des accidents vasculaires cérébraux (AVC) en sont des exemples performants.

Même si ces urgences vitales et graves nécessitent une grande quantité de soins spécialisés, elles ne sont que peu responsables de la tension observée dans les SU. Mais ce sont les demandes de soins non programmés, non régulées et se présentant directement dans les SU qui en posent. Ces soins dont la nature est variée, reposant sur des situations diverses qui, soit auraient pu être traitées en dehors du contexte de l'urgence, soit n'impliquent pas nécessairement le recours au SU de l'hôpital (phases aiguës de maladies chroniques, soins aux personnes âgées, détresses psychique ou sociale, ressentis divers, ...) et qui, souvent, pourraient trouver une réponse adaptée auprès d'autres structures et/ou d'autres professionnels, notamment en secteur ambulatoire.

Il existe un grand déséquilibre entre le faible taux des urgences vitales et le grand nombre d'urgences ressenties. " *L'hôpital a pris la place du médecin de famille dans la gestion de l'urgence* ", écrivait en 1993 le professeur STEG, pour qui il était donc nécessaire d'intervenir en amont de l'hôpital et de réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence.

Les urgences hospitalières jouent ainsi un rôle qui n'est pas le leur dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine ambulatoire ne semble plus pouvoir apporter, actuellement, de réponse suffisante et adaptée, alors qu'elle prend déjà en charge la plus grande partie des soins non programmés de la population.

---

<sup>9</sup> Rapport sur la territorialité des services d'urgences Docteur Jean-Yves GRALL Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du Nord Pas de Calais- Juillet 2015 et Modalités de mise en œuvre du rapport sur la territorialisation des urgences- Octobre 2016

<sup>10</sup> Source : DREES.

Le dossier des urgences est sous le feu de l'actualité. Or, ce thème est à la fois bien connu et, paradoxalement, les initiatives ont peu fait évoluer la situation. Les nombreux rapports<sup>11,12</sup> ont, sur plusieurs points, mis en lumière les difficultés rencontrées dans les structures concernées et ont émis un certain nombre de préconisations, dont plusieurs recoupent le champ de la mission, entre autres les problèmes liés à l'organisation de l'amont<sup>13</sup>, l'articulation soins non programmés-médecine de ville et urgences ; la place des CTPS ; la régulation médicale<sup>14</sup> ; les enjeux transversaux aux structures d'accueil des urgences, les voies d'amélioration en termes de couverture territoriale et de permanence des soins ; la structuration, l'organisation et le fonctionnement des services d'urgence ; l'aval des urgences et notamment l'articulation avec les services d'hospitalisation et la dimension territoriale du parcours de santé<sup>15</sup>.

En revanche, aucun rapport n'a jusqu'ici abordé, dans sa globalité, la question de l'amont des urgences et la gestion des soins non programmés, des structures de prise en charge des urgences et de l'aval des urgences. Cette approche est indispensable pour apporter une réponse au problème de flux et de parcours actuellement constaté car toutes ces étapes sont liées. Aucune mesure isolément ciblée sur l'une d'entre elles ne peut être déterminante, elle peut même avoir un effet négatif en transférant la tension sur une autre non préparée à y faire face.

Les urgences sont devenues un pivot de l'organisation sanitaire. Opérant à l'interface entre médecine de ville et hôpital, soins de routine et intervention de pointe, action médicale et gestion du social, ces services sont soumis à des demandes contrastées auxquelles ils ont du mal à répondre, même avec des moyens augmentés. Les tensions entre prise en charge de la simple consultation médicale, sociale et urgence vitale ne peuvent en effet être désamorçées sans une réflexion plus générale sur les missions dévolues aux urgences.

Il existe aujourd'hui 102 SAMU pour toute la France, auxquels il convient d'ajouter 462 SMUR dont 20 pédiatriques<sup>16</sup>. 637 sites géographiques avec autorisation de structures d'urgences (SAU) dont 16 exclusivement pédiatriques regroupent les 719 services d'urgence répartis sur le territoire national.

En 2018, 250 millions d'euros sont consacrés au fonctionnement des SAMU et 750 millions d'euros à celui des SMUR. À titre de comparaison, 3,4 milliards d'euros sont dédiés aux services d'urgence (*Cf. Infra*).

À l'instar des services d'urgence, l'activité des SAMU connaît une constante augmentation. En 1997, le nombre d'appels reçus par les SAMU était de 10,759 millions d'appels.<sup>17</sup> En 2018, il se situe aux alentours de 29 millions.

Comme le montre le tableau suivant, les appels reçus par le SAMU ont augmenté de 16,4 % entre 2013 et 2018. On constate cependant un tassement du nombre d'appels présentés entre 2016 et 2018 et un nombre de dossiers de régulation médicale qui augmente sensiblement notamment ceux effectués par les médecins libéraux (+14 %). Les appels au CRRA 15 représentent près de 40 % des

---

<sup>11</sup> Rapport de Thomas Mesnier Député de Charente : Assurer le premier accès aux soins-Organiser les soins non programmés dans les territoires mai 2018

<sup>12</sup> Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières- Par Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, Sénateurs- 26 juillet 2017

<sup>13</sup> Rapport de Thomas Mesnier Député de Charente : Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires mai 2018

<sup>14</sup> Rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et propositions d'évolutions- IGA N°18001-C et IGAS N°2018-003R- octobre 2018

<sup>15</sup> Rapport du Pr Pierre Carli Président du CNUH : Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences- Septembre 2013

<sup>16</sup> Source : SAE 2018.

<sup>17</sup> Source : DREES.

appels d'urgences (15, 17, 18, 112). Il est difficile d'établir avec précision le besoin correspondant de la population, notamment en soins non programmés, car la majorité des départements ne disposent pas d'une extension de la PDSA en dehors des horaires réglementaires et que certains ont des difficultés à répondre à tous les appels présentés.

Tableau 1 : Evolution de l'activité des SAMU-SMUR

	2013	2016	2017	2018	Évolution 2013/2018	Évolution 2016/2018
Nombre d'appels présentés	24 966 277	29 237 298	29 694 169	29	+ 16,4 %	-0,05 %
	13 128 068	15 229 204	15 520 816	075 874	+ 21,9 %	+ 5,1 %
Nombre de dossiers de régulation médicale (DRM)	2 932 427	3 611 484	3 871 353	16	+ 40,3 %	+ 14 %
Dont DRM effectués par des médecins libéraux	735 198	758 373	761 555	4	+ 7,6 %	+ 4,3 %
Sorties SMUR				116 557		
				791 215		

Source : SAE

Sur la même période 2013-2016, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 2,0 millions, pour se situer à près de 21 millions.

Selon la Drees, en 2015, 20,3 millions de passages ont été enregistrés, soit 42 % de plus qu'en 2002, et 3 % de plus qu'en 2014. Selon les données de la SAE, pour l'année 2018, 21,87 millions de passages ont été recensés dans les structures autorisées des urgences (générales ou pédiatriques) avec un nombre de passages aux urgences générales qui a progressé de 5,1 % entre 2016 et 2018 alors que celui des urgences pédiatriques est resté stable.

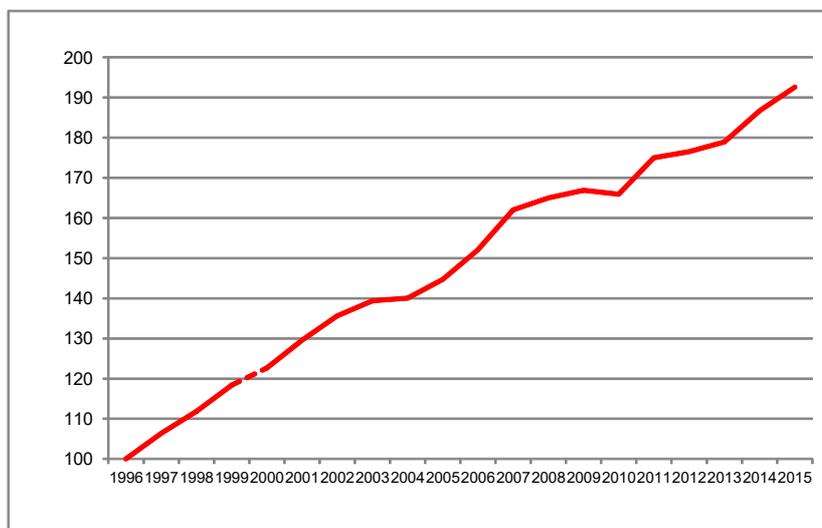
Tableau 2 : Evolution de l'activité des urgences

	2013	2016	2017	2018	Évolution 2013/2018	Évolution 2016/2018
<b>URGENCES GENERALES</b>						
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	16 599 016	18 499 614	18 982 299	19 443 856	+ 17,1 %	+5,1 %
Dont nombre de passages pour des patients de plus de 80 ans	1 647 654	1 895 396	1 955 752	2 020 974	+ 22,6 %	+ 6,6 %
Dont nombre de passages pour des patients de moins de 18 ans	2 696 224	3 107 858	3 281 533	3 341 409	+ 23,9 %	+ 7,5 %
<b>URGENCES PEDIATRIQUES</b>						
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	2 356 514	2 444 311	2 490 616	2 430 937	+ 3,15 %	- 0,05 %
<b>Nombre total de passages aux urgences</b>	18 955 530	20 943 925	21 472 915	21 874 793	+15,4 %	+4,4 %

Source : SAE

## Graphique 1 : Evolution des passages aux urgences 1996-2015

**GRAPHIQUE - Évolution du nombre annuel de passages aux urgences depuis 1996**  
Nombre annuel de passages : base 100 en 1996



**Note :** Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

**Champ :** France métropolitaine, hors SSA.

**Sources :** DREES, SAE 1996-2015, traitements DREES.

Source : DREES

Selon cette enquête de 2015, la fréquentation des services des urgences progresse sous l'effet de quatre paramètres :

- Le consumérisme ;
- La densité des médecins généralistes sur le territoire ;
- L'âge de la population ;
- Le revenu médian.

En 2017, la Cour des comptes<sup>18</sup> estimait à 3,6 millions le nombre de passages « *inutiles* » aux urgences, c'est-à-dire qui auraient pu être pris en charge par la médecine de ville. Ce chiffre qui doit nous interpeller est le témoin d'une carence dans notre système de gradation des soins non programmés, entre les simples consultations et le cœur de métier des urgentistes, les urgences engageant le pronostic vital. La Cour constate que les améliorations organisationnelles mises en œuvre à l'hôpital n'ont pas porté tous leurs effets, faute d'un partage des tâches avec l'ambulatoire, les urgences demeurent trop sollicitées, entraînant de fréquentes situations de tension dans les établissements.

Par ailleurs, selon l'IRDES<sup>19</sup>, Le taux de recours aux urgences varie significativement en fonction de la situation socio-économique et de l'état de santé de la population de la commune. En contrôlant le niveau social et l'état de santé de la commune, **le taux de recours aux urgences des personnes âgées est significativement plus faible dans les territoires où l'accessibilité aux soins primaires est facilitée par la disponibilité des professionnels de santé, la permanence de soins**

<sup>18</sup> Rapport public annuel 2019 – février 2019

<sup>19</sup> Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Or Z., Penneau A. (Irdes)

**et le déplacement au domicile des médecins généralistes.** La proximité et la capacité d'accueil des services d'urgence constituent également des facteurs majeurs déterminant l'utilisation des urgences.

C'est parce qu'ils ne peuvent pas obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain, que 43 % des patients se présentent au SU alors qu'ils pourraient être pris en charge dans un cabinet, une maison de santé pluriprofessionnelle ou un centre de santé si une offre de soin était facilement accessible. Les taux élevés de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation interrogent sur l'accessibilité aux services de soins ambulatoires et, plus largement, sur l'efficacité de l'organisation des soins. Il existe de réelles marges de manœuvre pour réduire le recours aux urgences des personnes âgées par une optimisation du maillage territorial des services de soins ambulatoires. Par ailleurs, investir dans de nouvelles dispositions pour dispenser les soins primaires afin d'assurer la continuité et la coordination des soins peut réduire l'utilisation des services d'urgence et assurer une meilleure qualité et efficacité du système de santé.

## 2.2 La demande d'une feuille de route pour trouver des solutions immédiates, structurelles et durables afin de refonder durablement notre système des urgences est particulièrement forte

La circulaire DHOS du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences qui avait pour mérite de porter une attention sur l'amont et l'aval, stipulait que « *la prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a constitué une priorité de santé publique dans toutes les régions. Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont toutes élaboré un volet « urgences » dans leur schéma régional d'organisation des soins (SROS) de 2<sup>ème</sup> génération (1999-2004) et consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services. Le renforcement de la séniorisation des services des urgences a eu pour effet d'améliorer la qualité, la sécurité et l'organisation de la prise en charge aux urgences, mais ces mesures ne permettent pas de faire face à la poursuite de l'augmentation du nombre de passages. Il est donc nécessaire de porter aussi l'action sur l'amont et l'aval des urgences pour une meilleure réponse du système de soins aux situations non programmées* ».

Cette circulaire a formulé treize recommandations opérationnelles pour l'organisation de la prise en charge des urgences :

- Lancer une démarche de centralisation des appels de permanence des soins, pour faire jouer la complémentarité des régulations libérale et hospitalière ;
- Soutenir les maisons médicales articulées avec le service des urgences hospitalier ;
- Conforter le SAMU dans son rôle pivot de l'organisation et du fonctionnement de l'aide médicale urgente et renforcer les SMUR ;
- Développer les fédérations et les groupements de coopération sanitaire des SAMU, SMUR, services des urgences et services de réanimation le cas échéant ;
- Généraliser la mise en place d'une commission des admissions et des consultations non programmées au sein des établissements publics de santé, qui jouerait un rôle pivot dans l'organisation et l'évaluation de la prise en charge des urgences ;
- Impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences ;
- Impliquer les spécialistes dans la prise en charge du patient en aval des urgences ;

- Appuyer la mise en réseau des établissements pour permettre des transferts inter-établissements dans des conditions de délai et de préparation satisfaisantes pour le patient ;
- Élaborer un programme d'actions au niveau de la conférence sanitaire de secteur, en vue de mobiliser les différents établissements dans la prise en charge en aval des urgences en court, moyen et long séjours. Ce travail peut s'effectuer de manière plus fine sur chaque territoire de santé, au sein d'une commission rattachée à cette conférence ;
- Organiser et coordonner des filières sécurisées en lien avec le SAMU-Centre 15 ;
- Mettre en place l'accueil et les filières de soins adaptés à certaines populations ;
- Développer les TIC comme support de la mise en réseaux des services des urgences et de soins ;
- Mettre en place un dispositif d'évaluation des urgences.

Ces recommandations mettant en relief les réponses à l'engorgement des urgences mais résolument mises en œuvre partiellement sur le territoire pour bon nombre d'entre-elles n'ont pas contribué à un infléchissement des tensions observées depuis de nombreuses années et questionnent sur les raisons et la réelle motivation des acteurs à résoudre collectivement la question des urgences.

Le contexte actuel de forte tension au sein des structures d'urgence, conduit tant les professionnels que les usagers rencontrés à solliciter non pas un nouveau rapport mais un engagement ferme de l'État, de trouver des solutions immédiates, structurelles et durables pour refonder notre système.

Ainsi, il y a lieu de répondre à trois enjeux majeurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins urgents et non programmés:

- Mieux gérer le flux des arrivées aux urgences ;
- S'assurer de la prise en charge rapide et efficace des patients ;
- Mieux organiser les urgences en lien avec les autres services hospitaliers.

### **3 Améliorer la réponse aux besoins de soins non programmés implique tout d'abord d'agir sur l'amont des urgences**

Les visites sur sites et les nombreuses auditions effectuées par la mission ont confirmé l'état des lieux et les enjeux qui en découlent:

- L'importance du problème est d'intensité et de causes variables suivant les territoires;
- L'amélioration du fonctionnement des services d'urgence est un problème complexe nécessitant une forte articulation avec l'amont, la structuration des structures d'urgences et la fluidité du flux avec l'aval;
- L'absence de solution unique mais un panel d'actions possibles qui peuvent constituer une « boîte à outils ».

Le travail (diagnostic, recherche de solutions / traitements) a été entrepris dans de nombreux territoires par les agences régionales de santé (ARS) avec des succès mais souvent insuffisants pour obtenir des résultats significatifs et durables et des échecs à ne pas reproduire. Il existe donc de nombreuses expériences et des réalisations, transposables à d'autres sites voire généralisables. On peut aussi identifier des obstacles et les bras de leviers qui ont permis de les franchir.

Même si les mesures à mettre en œuvre concernent, sans surprise, l'amont, les services et l'aval des urgences, elles sont interdépendantes car elles concernent le même parcours de soins suivi par un flux ininterrompu de patients. Une action ciblée sur une étape de ce parcours a de grandes chances d'être inefficace voire même d'avoir un effet contraire à celui escompté en déstabilisant les étapes précédentes ou suivantes. A titre d'exemple, l'inflation des « circuits courts » au SAU peut attirer les patients les moins graves et pénaliser la mise en place de soins non programmés alternatifs en médecine libérale ambulatoire.

Certaines structures hospitalières ont adapté la densité de personnel au flux de patients, voire, une profonde réorganisation comme la mise en place de filières selon la gravité des cas, dont une filière ultra-courte, où les patients pour les services les mieux organisés, ne rentrent pas dans le flux des urgences et sont vus par un médecin de ville, avec des temps d'attente diminués, dont les patients connaissent la durée en franchissant la porte des urgences. Ces filières s'inspirent des unités « *Fast Track* » ou « *Minor Care* » mis en place par certaines structures d'urgence aux États-Unis. L'utilisation de ces unités a permis d'améliorer considérablement le flux de patients et de réduire les temps d'attente.

Si ces méthodes fluidifient les urgences, elles n'apportent pas les solutions aux causes premières de l'engorgement des urgences, comme la prise en charge des soins non programmés en ville, l'absence de recours pour les EHPAD, d'évaluation et la prévention de la rupture de l'autonomie des personnes âgées à domicile ou l'aval des urgences dans son ensemble (MCO, SSR, accueil temporaire pour les personnes âgées) notamment dans les structures hospitalières et médico-sociales.

Les mesures entreprises ces dernières années sur l'aval des urgences notamment le « *bed management* » se sont révélées insuffisantes sans approche territoriale car l'aval a été souvent bloqué par « l'aval de l'aval » (SSR, SLD) alors que l'amont a continué d'augmenter sans être encadré.

### 3.1 La tension générée par l'engorgement des urgences en raison d'une demande croissante de soins non programmés incite à rechercher des organisations alternatives

Pour éviter le recours par défaut aux urgences hospitalières pour des problèmes relevant d'une demande de soins non programmés, il est plus que jamais nécessaire de développer une alternative efficace. Les actions identifiées dans les rapports « *sur la territorialisation des structures d'urgences* »<sup>20</sup> et « *Assurer le premier accès aux soins-Organiser les soins non programmés* »<sup>21</sup> dans les territoires restent pertinentes et reprises pour partie dans une vision plus globale tenant compte de l'accroissement rapide de la tension observée sur les SU.

Le développement des maisons médicales de garde et l'augmentation d'amplitude des plages d'ouverture doivent être poursuivies. Les horaires de continuité des soins sont devenus insuffisants et l'engorgement des urgences relève majoritairement de l'activité diurne. Les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé disposent d'ores et déjà d'accords conventionnels spécifiques valorisant leurs actions en faveur de l'accès et de la coordination des soins.

---

<sup>20</sup> Dr Jean-Yves Grall- Juillet 2015

<sup>21</sup> Député Thomas Mesnier- Mai 2018

Si la médecine ambulatoire prend déjà en charge la plus grande partie des soins non programmés de la population, il apparaît indispensable de renforcer ses capacités de réponses dans la gestion des SNP.

Les évolutions des modes d'exercice, MSP, Équipes de Soins Primaires (ESP), CPTS montrent l'aspect très structurant de l'organisation de cette réponse pour les professionnels de santé.

### 3.1.1 A court terme, renforcer les dispositifs de soins en ville et mieux outiller notamment les maisons de santé, centres de santé et maisons médicales de garde

#### 3.1.1.1 Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Selon l'IRDES<sup>22</sup>, seulement la moitié des maisons de santé a signé l'ACI<sup>23</sup> qui prévoit des obligations de prise en charge quotidienne des soins non programmés et permanence des soins. Cependant, il existe des soins non programmés/permanence des soins dans les structures n'ayant pas signé l'ACI.

On observe sur le terrain des MSP, qu'elles aient signé ou non l'ACI, que de nombreux regroupements ont été initiés par des médecins d'un même territoire, qui sans être regroupés jusque-là, se rencontraient déjà régulièrement pour organiser la permanence des soins. C'est souvent une préoccupation partagée, donc un fondement important. Les organisations fonctionnent plutôt bien sur la permanence des soins 20h-22h, d'autant plus qu'il y a un budget dédié dans l'ACI, mais c'est plus inégal sur l'accès aux soins non programmés, sachant que dans les MSP, chaque médecin décide librement de participer ou non à la permanence des soins, et que la gestion des soins non programmés est très hétérogène.

Certaines MSP ont mis en place une "salle d'urgence" qui leur permet de gérer sur place les soins non programmés de la journée (sutures de plaies, premiers soins à un patient en train de faire un infarctus en attendant l'arrivée du SMUR, ...). Pour cela, un des médecins (différent chaque jour) garde des plages de consultation réservées aux soins non programmés, et parfois les infirmières assurent aussi une permanence dans la MSP (mais rarement la journée entière) qui leur permet de gérer les soins non programmés ensemble, médecin et infirmière.

L'enquête IRDES ne permet pas de dire quelle proportion de MSP a mis en place une telle organisation et s'est équipée en matériel, qui varie vraisemblablement en fonction du nombre de médecins de la MSP, de la présence ou non d'une permanence infirmière, et des autres offres du territoire.

Dans cette enquête auprès des MSP qui n'ont pas signé l'ACI (un peu plus de la moitié des MSP aujourd'hui), certains médecins refusent par principe de s'engager dans une contractualisation qui amènerait des responsabilités non choisies (horaires d'ouverture, soins non programmés...).

Aucune donnée ne permet aujourd'hui d'évaluer la proportion de structures non ACI concernée. Selon AVECSanté, près de 900 équipes ont conventionné avec l'Assurance Maladie dans le cadre de l'ACI MSP et donc se sont engagées pour accueillir les patients ayant un médecin traitant dans la MSP, durant une plage quotidienne de 8h à 20h et le samedi matin, y compris pour des soins non programmés.

---

<sup>22</sup> Evaluation ACI : travaux non publiés IRDES

<sup>23</sup> Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles (ACI) du 20 avril 2017 (arrêté du 24 juillet 2017 - Journal officiel du 5 août 2017)

Cet accueil implique, le plus souvent, un secrétariat régulant les appels et un système d'information partagé permettant de sécuriser les informations entre professionnels. De plus en plus d'équipes ont mis ou mettent en place des créneaux de soins non programmés pour leur patientèles et identifiés comme tel par les usagers de la MSP.

Certaines font intervenir des assistants médicaux et/ou des infirmiers (expérimentation article 51) dans le cadre de cet accueil.

De même, plusieurs équipes sont disposées, dès validation des protocoles des coopérations (cystite, angine, lombalgie, éruption vésiculeuse, conjonctivite...) à mettre en place une réponse d'équipe, en lien entre médecins, pharmaciens, IDE, kinésithérapeutes... dans le cadre d'expérimentation article 51.

Les organisations territoriales mises en place dans le cadre des CPTS devront donc également prendre en compte et intégrer les dispositions prises par les équipes des MSP.

Économiquement, **les MSP, à ce jour, ne sont pas incitées à prendre en charge des patients au-delà de la patientèle « médecins traitants » (cadre de l'ACI MSP)**. Pourtant, la mise en place d'une organisation dédiée aux soins non programmés (secrétariat, adaptation du SI, RH IDE éventuelle, locaux dédiés, lien télémédecine avec un service d'urgences...) a un impact économique. Il est donc important de valoriser les MSP pour accueillir des usagers « hors patientèle » dans le cadre des soins non programmés.

Afin de « sécuriser » la prise en charge des soins non programmés dans les MSP (pour les usagers comme pour les professionnels intervenants), le lien privilégié avec le service des Urgences de recours doit être mis en place (moyens d'échange, télémédecine, réorientation rapide et privilégié, accès au plateau technique (biologie, imagerie) ...).

Enfin les MSP présentent un intérêt important comme terrain de stage des internes de médecine générale. Sous l'encadrement des universitaires de la spécialité de médecine générale ces sites peuvent être très formateurs pour les jeunes médecins qui assureront le développement et la pérennité du nouveau système de soins non programmés en médecine ambulatoire.

### 3.1.1.2 Les Centres de Santé

Selon l'art. L. 6323-1 du code de la santé publique : « *Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux* ».

Fin 2018, 1831 centres de santé étaient dénombrés, dont 603 centres de santé médicaux et polyvalents. A l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain.

Tableau 3 : Répartition des centres de santé sur le territoire

Régions	centres médicaux			Centres de santé polyvalents sans auxiliaires médicaux CPsAM		Centres de santé polyvalents avec auxiliaires médicaux CPaAM		Total centres à activité médicale
	avec MG et avec auxiliaires médicaux	avec MG et sans auxiliaires médicaux	sans MG	avec MG	sans MG	avec MG	sans MG	
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	4	9	4	1	2	26	6	<b>52</b>
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	2	9	2	1	0	8	5	<b>27</b>
<b>Bretagne</b>	1	6	0	1	0	2	0	<b>10</b>
<b>Centre-Val de Loire</b>	1	7	0	1	2	4	0	<b>15</b>
<b>Corse</b>	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>GUADELOUPE</b>	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>Grand Est</b>	0	9	1	2	1	49	3	<b>65</b>
<b>Hauts-de-France</b>	0	3	2	3	0	73	9	<b>90</b>
<b>Ile-de-France</b>	14	12	17	13	8	149	6	<b>219</b>
<b>MARTINIQUE</b>	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>Normandie</b>	1	1	1	0	0	3	0	<b>6</b>
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	3	7	2	0	0	10	1	<b>23</b>
<b>OCEAN INDIEN</b>	0	0	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>Occitanie</b>	1	8	3	2	0	19	0	<b>33</b>
<b>Pays de la Loire</b>	3	12	4	1	0	4	0	<b>24</b>
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	2	2	3	0	1	23	5	<b>36</b>
<b>Sous total 1</b>	<b>32</b>	<b>85</b>	<b>40</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>372</b>	<b>35</b>	<b>603</b>
<b>Sous total 2</b>	<b>157</b>			<b>39</b>		<b>407</b>		

Source : Observatoire des centres de santé

L'ordonnance<sup>24</sup> du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, a pour principal objet de renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'accroissement du nombre de centres de santé. Dans cette perspective, cette ordonnance et ses textes d'application - le décret et l'arrêté du 27 février 2018 relatifs aux centres de santé - s'attachent à simplifier et clarifier les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. Dans le même temps, ces textes s'attachent à garantir la sécurité de la prise en charge des patients et à maintenir les spécificités des centres de santé qui se présentent comme une offre de soins de qualité, à des conditions financières particulièrement privilégiées pour les patients.

<sup>24</sup> Prise en application de l'article 204 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Aujourd'hui, les centres de santé ont à peu de choses près tous, le même mode de pratique professionnelle. Ils se standardisent de plus en plus, d'autant que depuis le début 2017, chaque centre est invité à déclarer des indicateurs de suivi de qualité de ses activités sur une plateforme nationale.

En effet, les centres de santé, tout comme les professionnels libéraux, ont droit à des financements conventionnels de la part de l'Assurance maladie. Il s'agit d'une rémunération pour un certain nombre d'activités, en plus des actes, comme les pratiques organisationnelles qui sont identifiées dans les engagements pris entre les professionnels de santé et la CNAMTS dans la convention des centres de santé. Une rémunération est versée par l'assurance maladie qui correspond aux pratiques de structure, horaires d'ouverture, aux soins non programmés, au fait qu'il y ait une coordination pilotée, à l'existence de réunions pluri-professionnelles au cours desquelles dédiées aux cas complexes, à la présence d'internes en médecine, d'étudiants infirmiers ou dentaires. Cette plateforme permet d'avoir une connaissance exacte du nombre et du type d'activités des centres de santé.

### 3.1.1.3 Les Maisons Médicales de Garde

Les maisons médicales de garde (MMG) participent à la permanence des soins en constituant des structures de garde pour les médecins libéraux en accueillant les patients pour des consultations de soins non programmés, pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux de ville.

La permanence des soins entend répondre aux besoins de soins non programmés, tous les jours de 20 h à 8 h, le samedi à partir de douze heures ainsi que les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a confié aux Agences régionales de Santé (ARS) l'organisation de la permanence des soins sur leur territoire. La permanence des soins ambulatoires est définie dans le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010. Elle comporte plusieurs dispositifs de soins mis à la disposition des patients en dehors des périodes ouvrables (nuit, week-end, jours fériés). Ainsi, chaque région « est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'ARS selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional ». Ces documents, disponibles sur le site des différentes agences, informent sur les dispositifs mis en place dans chaque région pour assurer la permanence des soins.

Comme le souligne l'enquête du CNOM<sup>25</sup> se référant au rapport du Sénat sur les Urgences hospitalières, les infrastructures et l'équipement dont disposent les MMG doivent permettre une meilleure prise en charge des patients et contribuer à créer une dynamique de mobilisation des médecins pour la PDSA par la diminution de la fréquence des tours de garde, l'exercice en réseau et une activité plus importante. La proximité avec un établissement hospitalier semble essentielle pour assurer, dans le cadre de protocoles formalisés, un réadressage de la part du service des urgences et un transfert vers ces services lorsque la situation le réclame.

Au total 451 sites ont pu être dénombrés en 2018, soit 11 sites de plus qu'en 2017 (une hausse de 2,5 % en un an), notamment créés dans les départements de la Moselle, de l'Isère, du Lot ou des Yvelines.

La présence d'une MMG à proximité directe de tous les services d'urgence les plus importants totalisant plus de 50 000 passages par an, permettra d'accueillir à toute heure les patients réorientés vers le libéral. 129 services d'urgence sont concernés et 64 d'entre eux bénéficient déjà de la présence d'une MMG à proximité. La mission préconise de généraliser en 2019/2020 la présence de ces MMG

---

<sup>25</sup> Etat des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2018

à proximité directe de ces SAU, organisées et gérées par des médecins libéraux. Il s'agira ainsi d'accroître l'offre de réponse aux demandes de soins non-programmés et permettre la réorientation à toute heure vers la médecine libérale de manière immédiate en proximité des urgences.

**Recommandation n°1** Généraliser la présence d'une MMG à proximité de tous les SAU de plus de 50 000 passages/an.

*La mesure 2 du Pacte de refondation des urgences vise à renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé. Cette mesure prévoit notamment la création de 50 MMG supplémentaires.*

Les avantages mis en avant par le public pour préférer se rendre dans un SAU, même si l'attente dure plusieurs heures se résument au concept : « on n'y paie pas » et « il y a tout sur place ». C'est aussi le seul recours pour les patients à faible ressource et les problèmes médico sociaux. Pour que l'offre de soins non programmés se substitue efficacement à la venue au SAU, elle doit satisfaire ces conditions :

L'accès aux soins doit être financièrement équivalent aux services d'accueil des urgences pour le patient, il faut donc développer un tiers payant pour les actes non programmés dès lors qu'ils sont régulés en amont par la plateforme de régulation médicale. L'impossibilité de pouvoir pratiquer un tiers-payant intégral pour les actes de PDSA est un facteur important de recours aux services d'urgences où l'usager n'a pas d'avance de frais à effectuer.

Les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins ambulatoires en MMG devront bénéficier d'un financement pour s'équiper de terminaux leur permettant de proposer à tous leurs patients le tiers-payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

**Recommandation n°2** Systématiser le tiers-payant dans le cadre de la garde des médecins libéraux en MMG

*La mesure 3 du Pacte de refondation des urgences vise à donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences et mentionne la systématisation du tiers-payant.*

L'enquête nationale de la Drees sur les structures des urgences hospitalières de 2013 indique que 8,1 % des patients pris en charge aux urgences auraient pu être pris en charge en ville à condition de pouvoir voir un médecin et de faire pratiquer des examens complémentaires le jour même. Des examens complémentaires rapides auraient ainsi été nécessaires pour 29 % des patients qui auraient pu être pris en charge en ville le jour même.

L'ouverture de la biologie délocalisée (réalisation des phases pré-analytiques et analytiques en dehors d'un laboratoire de biologie médicale) aux structures de premier recours serait de nature à permettre de réduire le temps d'accès et/ou de rendu de résultats, et à limiter ainsi le recours aux services d'urgence hospitaliers. Ainsi la mission préconise le développement de l'accès direct des examens de biologie dans le cadre de consultations sans rendez-vous.

Il s'agira d'élargir le cadre de la pratique de la biologie délocalisée pour limiter le recours aux urgences pour des besoins d'examens de biologie de « routine » et à favoriser, comme alternative aux passages aux urgences et pour des patients dont l'état de santé le nécessiterait, l'accès à des examens de biologie dans le cadre de soins non programmés.

Par ailleurs, aux termes de l'article L. 6211-13 du CSP, il est stipulé : « Lorsque le prélèvement d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisé dans le laboratoire de biologie médicale, il peut être réalisé dans un établissement de santé, dans un hôpital des armées, au domicile du patient ou dans des lieux en permettant la réalisation, par un professionnel de santé autorisé conformément aux procédures

déterminées avec le biologiste responsable du laboratoire mentionné à l'article L. 6211-11 ». Il est proposé de faire référence à l'état de santé du patient afin donner à la médecine de premier recours la possibilité de réalisation de cette phase pré-analytique.

D'autre part, l'article L. 6211-18 du CSP dispose : « la phase analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée en dehors d'un laboratoire de biologie médicale qu'au cas où elle est rendue nécessaire par une décision thérapeutique urgente. Dans ce cas, la phase analytique est réalisée :

1° Soit dans un établissement de santé ou un hôpital des armées ;

2° Soit, pour des motifs liés à l'urgence, dans des lieux déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, du ministre de la défense [...] ».

L'urgence constitue la seule exception au principe de réalisation de la phase analytique par un biologiste au sein d'un LBM, qu'il s'agira de modifier dans le cas des soins non programmés.

**Recommandation n°3** Modifier les articles L. 6211-13 et L. 6211-18 du code de la santé publique afin de permettre la pratique de la biologie délocalisée dans les structures de premier recours pour les besoins de soins non programmés.

La mesure 3 du Pacte de refondation des urgences vise notamment à permettre un accès direct à des examens de biologie dans le cadre de consultations sans rendez-vous en libéral.

### 3.1.2 Maitriser et adapter les transports sanitaires aux soins non programmés pour apporter une alternative efficace à l'accueil par défaut au SAU de patients relevant de la médecine ambulatoire

S'agissant de l'acheminement des patients vers l'effecteur fixe, une enquête du CNOM rapporte qu'en 2018, au sein des 87 départements disposant de MMG, 25 étaient dotés de systèmes de transport permettant d'acheminer les patients mobilisables ne disposant pas de moyen de transport vers l'effecteur fixe (soit 29 %).

Par défaut, lorsqu'un patient n'est pas en mesure de se déplacer et qu'aucune solution n'existe pour se rendre au point fixe de consultation, ce sont le SAMU-CENTRE 15, les pompiers ou les transports sanitaires de garde qui sont appelés.

Les solutions mises en place sont encore très minoritaires et reposent sur des systèmes locaux. Il peut s'agir de conventions avec des sociétés de taxis qui sont envoyés sur demande du médecin régulateur (comme c'est notamment le cas dans les départements du Pas-de-Calais, des Hautes-Alpes ou de l'Orne) ou de l'utilisation de transports sociaux comme l'a suggéré le CDOM de Charente-Maritime. Pour répondre aux besoins de soins urgents de patients incapables de se déplacer, de patients de zones rurales sans MMG fixe à proximité, le département des Yvelines a développé un système de « MMG mobile » en complément.

Cette maîtrise est indispensable pour apporter une alternative efficace à l'accueil par défaut au SAU de patients relevant de la médecine ambulatoire non programmée. La régulation médicale doit permettre un accès facile au transport sanitaire en généralisant la fonction de coordinateur ambulancier dont le cahier des charges doit être plus performant en termes de délais de prise en charge notamment. Cette généralisation est prévue à horizon 2020 suite aux travaux<sup>26</sup> conjoints

---

<sup>26</sup> Note d'information DGOS/DGSCGC du 25 juillet 2019

concernant la bonne articulation entre le secours à personne (SUAP) et l'aide médicale urgente (AMU) et l'amélioration de la prise en charge des appels urgents.

Un des problèmes majeurs, à l'heure actuelle, est l'impossibilité de disposer de transports sanitaires souples type véhicule sanitaire léger (VSL), voire « taxis » adaptés permettant d'acheminer le patient depuis son domicile jusqu'à une consultation non programmée. Ces transports doivent bénéficier des mêmes conditions de prise en charge pour le patient lorsqu'il est amené après régulation médicale dans un centre de soins non programmés ou dans les alternatives citées plus haut.

La mission préconise de donner la possibilité d'un transport des patients n'étant pas en mesure de se déplacer, orientés par les SAMU et les médecins de garde vers les maisons et centres de santé ou les maisons médicales de garde identifiés par les ARS.

**Recommandation n°4** Permettre à la régulation médicale de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous dans le cadre de soins non programmés vers les maisons et centres de santé ou les maisons médicales de garde.

*Cette recommandation correspond à la mesure n°3 du Pacte de refondation des urgences qui prévoit notamment de permettre au SAMU de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient vers les maisons et centres de santé ou les maisons médicales de garde identifiés par les ARS.*

### 3.1.3 Développer les CPTS afin de mieux structurer les soins de ville et renforcer la coordination entre les professionnels de santé

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) font partie d'une réponse plus globale. Elles doivent être développées et généralisées. Il faut noter pour les CPTS la nécessité de se coordonner de manière étroite avec les structures d'urgences et donc d'inviter les représentants de ces services à participer aux CPTS. Les CPTS sont destinées à répondre à deux défis de notre système de santé :

- Des soins de ville insuffisamment structurés pour faire face aux enjeux du virage ambulatoire, de la démographie médicale et de la croissance des maladies chroniques ;
- Un sentiment d'isolement de certains professionnels de santé, un exercice coordonné insuffisamment développé et un cloisonnement notamment entre les professionnels de santé de ville et l'hôpital.

La réforme Ma santé 2022 s'est construite « avec et pour les jeunes professionnels de santé ». Ce plan a ainsi intégré les demandes d'évolution des jeunes, en particulier celles relatives à l'exercice coordonné. L'ambition portée est que l'exercice isolé ne soit plus la norme d'ici 2022. Cette ambition se traduit par les mesures contenues dans la loi OTSS en termes d'outils nécessaires.

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) entré en vigueur le 25 août 2019<sup>27</sup> fixe le cadre pérenne de financement et précise la nature des missions (socles et complémentaires) confiées aux CPTS (accès facilité au médecin traitant, accès aux soins non programmés, organisation de parcours pluriprofessionnels, prévention, qualité et pertinence des soins, accompagnement des professionnels).

---

<sup>27</sup> Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

Au-delà de la réponse apportée aux besoins des patients par les équipes coordonnées de proximité, la nécessité pour les acteurs de santé de s'organiser à l'échelle de chaque territoire pour apporter une réponse aux besoins de santé de la population dudit territoire est posée. Ce niveau de coordination correspond pleinement aux missions que peuvent organiser les communautés professionnelles territoriales de santé qui constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé.

L'utilisation de la téléconsultation par la CPTS pour les soins non programmés est à promouvoir et le cadre réglementaire actuel prévoit que la téléconsultation est possible hors parcours de soins (en cas d'urgence, d'absence de médecin traitant ou de médecin traitant non disponible) si elle s'inscrit dans une organisation territoriale d'exercice coordonné avec obligation après la consultation, de réorienter le patient vers son médecin traitant. La CNAM précise que le développement de plateformes de téléconsultations « hors sol » (installées hors du territoire et/ou avec des médecins généralistes non installés sur le territoire) ne sera pas favorisé, le recours à ce type d'offre ne sera pas remboursé.

La téléconsultation est utilisable pour les soins non programmés dans le cadre d'une CPTS, avec un retour systématique du patient dans le parcours de soins (mission « MT » de la CPTS) et sous réserve qu'une consultation de ce type soit adaptée à la demande de SNP (besoin parfois d'un examen physique).

La CNAM propose désormais de moduler son financement des CPTS sur la base de quatre bassins de population – au lieu de trois auparavant.

Tableau 4 : Répartition des communautés professionnelles selon la taille

Taille	Nombre habitants
Taille 1	< 40 000 habitants
Taille 2	Entre 40 et 80 000 habitants
Taille 3	Entre 80 et 175 000 habitants
Taille 4	> 175 000 habitants

Source : Accord conventionnel interprofessionnel

Chaque structure pourrait toujours prétendre à deux types de budgets : une aide au fonctionnement et des financements pour chacune des missions accomplies.

L'aide au fonctionnement doit permettre de rémunérer un coordonnateur, le temps de concertation et l'acquisition des outils numériques partagés. Ce montant serait versé intégralement pour couvrir les besoins d'amorçage de la CPTS dès la signature du contrat. Ensuite, à partir du démarrage des missions, et pour permettre à la CPTS de les déployer, un montant est versé chaque année à la date anniversaire du contrat au titre du fonctionnement de la structure. Afin de permettre à la communauté d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des missions, une avance d'un montant de 75 % de la somme totale due est versée au début de chaque année.

Tableau 5 : Financement avant le démarrage des missions

Montant annuel	CPTS de taille 1	CPTS de taille 2	CPTS de taille 3	CPTS de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €

Tableau 6 : Financement global à compter du démarrage des missions

Montant annuel	CPTS de taille 1	CPTS de taille 2	CPTS de taille 3	CPTS de taille 4
Financement total <sup>28</sup> possible (Volets fixe et variable)	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

Source : Avenant conventionnel interprofessionnel

Chaque CPTS devra trouver des solutions adaptées à son territoire. Avant de valider le projet de la structure, l'Assurance-maladie doit vérifier trois éléments : la pertinence du territoire couvert, la capacité de fédérer des porteurs de projet et l'existence d'un projet de santé dans la durée en lien avec l'hôpital et le médico-social. Aujourd'hui, 400 projets de CPTS à des degrés divers de maturité sont recensés. Ces organisations doivent se déployer selon un calendrier ambitieux, l'objectif étant d'atteindre 1 000 CPTS en 2022.

Conçues dans un cadre interprofessionnel, les CPTS ont également vocation à valoriser l'intervention des différents professionnels de santé autour des patients pour tirer le meilleur parti de tous les acteurs présents en dehors de l'hôpital. De plus, la loi de santé de juillet 2019 propose les leviers d'un renforcement de la prise en charge de certaines pathologies par des professionnels de santé non médecins : dispensation sans ordonnance par les pharmaciens de médicaments à délivrance médicale obligatoire, adaptation de traitements par les infirmiers, autorisation de protocoles de coopération nationaux dans un cadre rénové et simplifié.

La mission rappelle que le plan Ma Santé 2022 préconise de développer des partenariats de l'hôpital avec la ville à l'échelle des territoires et traduire le concept de « responsabilité populationnelle » en structurant des partenariats entre les GHT et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettant de développer des projets partagés. **Il est souhaitable que la gouvernance des CPTS comme des GHT puisse veiller à une représentation croisée à titre consultatif, afin de favoriser la coconstruction d'un projet territorial de santé.**

**Recommandation n°5** Favoriser les partenariats entre CPTS et GHT et mettre en place les modalités d'un dialogue efficace

<sup>28</sup> Les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultats correspondent à un taux d'atteinte de 100 %. Ces montants n'intègrent pas le financement spécifique à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.

*Les CPTS constituent un levier clairement identifié dans le Pacte de refondation des urgences. La mesure 2 prévoit ainsi notamment de structurer les soins sans rendez-vous en ville à partir de ces communautés.*

### 3.1.4 Améliorer le suivi des patients ambulatoires atteints de maladies chroniques par des infirmiers en pratique avancée

Parallèlement au développement d'offres de soins non programmés basées sur le dispositif de la médecine ambulatoire, un des facteurs important pour diminuer la venue inopinée de patients aux urgences est de renforcer la prise en charge des pathologies chroniques en ville. Dans ce contexte, le développement d'équipes mobiles d'appui pour les patients atteints de maladies chroniques comme le diabète, voire même la PMI permettrait de limiter les consultations inutiles et d'éviter l'aggravation liée à un suivi insuffisant.

Les infirmiers libéraux constituent dans les territoires une ressource importante dans la prise en charge des pathologies chroniques. Contrairement aux autres professionnels de santé, leur nombre est important et leur mobilisation est possible.

La création d'IPA travaillant en partenariat avec des médecins généralistes et notamment dans des CPTS permettrait une offre ambulatoire de proximité beaucoup plus souple. Le suivi en routine des maladies chroniques (diabète, maladies rénales, santé mentale) pourra ainsi être effectué par des infirmiers en pratique avancée, dont la 1ère promotion formée est opérationnelle en septembre 2019. Le financement des IPA exerçant en ville sera assuré dans le cadre d'un accord conventionnel en cours de finalisation.

**Recommandation n°6** Déployer les infirmiers en pratique avancée sur le suivi des maladies chroniques

*Le Pacte de refondation des urgences prévoit une telle possibilité au sein de la mesure 4 consistant à offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients.*

Les pharmaciens constituent aussi un conseil de santé de proximité qui à terme pourrait s'accompagner d'une possibilité de consultation de télémédecine et d'extension de prescription par les pharmaciens, en particulier pour les renouvellements d'ordonnances en lien avec les CPTS.

Enfin les ré hospitalisations des patients chroniques doivent être fléchées. La possibilité d'admission directe sans passage au SAU, après régulation médicale est à développer.

### 3.1.5 Au-delà des maladies chroniques, permettre une prise en charge directe par des professionnels libéraux non médecins dotés de compétences nouvelles dans un cadre sécurisé

Conçues dans un cadre interprofessionnel, les CPTS ont également vocation à valoriser l'intervention des différents professionnels de santé autour des patients pour tirer le meilleur parti de tous les acteurs présents en dehors de l'hôpital. La loi de santé de juillet 2019 propose les leviers d'un renforcement de la prise en charge de certaines pathologies par des professionnels de santé non médecins : dispensation sans ordonnance par les pharmaciens de médicaments à délivrance médicale obligatoire, adaptation de traitements par les infirmiers, autorisation de protocoles de coopération nationaux dans un cadre rénové et simplifié.

La prise en charge en première intention de petites urgences par les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes et les pharmaciens exerçant au sein d'une équipe de soins coordonnée telles qu'angine, cystite, lumbago aigu, entorse de cheville simple, rhinite allergique, ...sont à étudier. Les protocoles de coopération renforcent le rôle des professionnels non médecins dans le cadre d'un exercice coordonné.

La mission préconise que plusieurs d'entre eux puissent être autorisés d'ici le premier trimestre 2020, après avis de la haute autorité de santé (HAS) permettant ainsi la prise en charge en première intention de petites urgences par les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens exerçant au sein d'une équipe de soins coordonnée.

**Recommandation n°7** Dans le cadre de protocoles de coopération, permettre aux professionnels de santé non médecins exerçant au sein d'une équipe de soins coordonnée, l'élargissement de leurs compétences pour prendre en charge les petites urgences.

*Ces pistes d'amélioration figurent dans le Pacte de refondation des urgences (mesure n°4).*

### 3.1.6 Le recours inapproprié aux urgences associé à des critères de vulnérabilité sociale appelle à l'adaptation organisationnelle des permanences d'accès aux soins

Le recours inapproprié aux urgences est aussi associé à des critères de vulnérabilité sociale. Ces patients ne trouvent pas d'autre accès aux soins par méconnaissance du système de santé, par absence de ressources économiques ou parce qu'on ne les accepte pas ailleurs.

La présence d'une assistante sociale dans les services des urgences permet d'améliorer cette situation, mais tous les services n'en disposent pas, et même si le poste existe, il n'est pas toujours pourvu. Certaines initiatives locales sont prises pour améliorer la coordination entre l'hôpital et les autres acteurs du secteur sanitaire et social, mais elles restent cantonnées à des catégories spécifiques de malades, comme les toxicomanes ou les patients atteints du sida. On constate encore souvent que les patients en situation de précarité qui ont recours aux urgences ne bénéficient pas de bilan, ni de suivi de leur situation sociale.

En 1998, la loi de lutte contre l'exclusion a incité les hôpitaux à ouvrir des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui offrent des consultations médicales gratuites ainsi qu'un rendez-vous avec un travailleur social, et l'accès aux médicaments prescrits via la pharmacie de l'hôpital. Ces dispositifs devraient décharger partiellement les services d'urgences de leur fonction de médecine sociale, avec un succès inégal selon leur visibilité au sein des structures hospitalières ou en ville, leur organisation sociale ou médico-sociale (absence de temps médical ou présence partielle de temps médical) et de l'articulation avec les structures d'urgences.

Les PASS facilitent l'accès des personnes démunies au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. La circulaire DGOS du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS constitue la référence pour ce dispositif. Elles font aujourd'hui face à de nouveaux défis, notamment s'agissant du développement de nouvelles formes de précarité, de la prise en charge des personnes migrantes nécessitant un accompagnement spécifique ou de la mise en œuvre des dispositifs de PASS mobiles, dont le développement est favorisé sur les territoires dans l'objectif « d'aller vers » les publics les plus éloignés du système de santé.

Dans une enquête réalisée par la DGOS en 2018, les ARS ont précisé que près de 59 % des PASS ont fait remonter une augmentation importante de leur file active eu égard à la prise en charge des personnes migrantes. Depuis le démantèlement de la jungle de Calais, ce sont majoritairement les grandes agglomérations, les grandes villes des régions qui sont le plus impactées (exemple en Bretagne avec une augmentation de plus 50 % de la file active pour Quimper, Vannes ... ou en Grand Est, Metz, Nancy et Strasbourg). Les ARS ont mis en exergue des besoins spécifiques pour prendre en charge ces publics :

- En termes psychiatriques pour les traumatismes liés à l'exil ;
- La nécessité de mettre en place des bilans de santé spécifiques, de réaliser des dépistages en fonction du pays d'origine et du parcours migratoire.

Suite à cette enquête, la DGOS a élaboré en lien avec les coordonnateurs régionaux des PASS, un rapport d'activité standardisée qui a été mis en place en 2019 pour le recueil de l'activité 2018. Selon les données issues des rapports d'activité des PASS 2018 (368 ont renseigné le rapport d'activité sur 455 PASS recensées), elles sont majoritairement à vocation généralistes (303 PASS généralistes) dont 64 sont mobiles, 30 PASS spécialisées dont 6 PASS psychiatriques, 9 PASS dentaires, 3 PASS ophtalmologiques, 9 PASS pédiatrie – mères – enfants et 3 ayant d'autres modalités d'organisation.

Sur la base de cet échantillon (de 80 % de répondants), la file active est de 194 255 personnes accueillies dont 132 295 nouveaux patients.

Outre une prise en charge sanitaire assez limitée (peu de présence médicale), la seconde activité principale des PASS est de réaliser / ouvrir / mettre à jour les droits à l'assurance maladie des patients. Ainsi, lors de leur entrée en PASS :

- Près de 60 % des patients étaient sans couverture sociale ;
- 16 % étaient bénéficiaires de l'AME-AMU ;
- 23,4 % de la PUMA/CMUc ;
- 18,7 % de la PUMA seule ;
- 4 % sous Visa ;
- Et enfin, 4 % bénéficiaient d'une couverture sociale d'un autre pays.

Les nouveaux enjeux, les modalités assez hétérogènes de leur fonctionnement sur le territoire, le manque de visibilité et d'articulation avec les structures d'urgences et la médecine de ville requièrent un dispositif repensé et des préconisations particulières qui méritent un approfondissement particulier, devant permettre de contribuer à désengorger les urgences hospitalières.

Il serait souhaitable d'utiliser et renforcer les dispositifs PASS pour prendre en charge les situations médico-sociales non urgentes. Ces situations contribuent à « engorger » les urgences et ne constituent pas le cœur de métier des urgentistes. Ces situations nécessitent une approche globale et en profondeur qui n'est pas la mission des urgences.

Dans les PASS, l'approche est globale, sur la durée nécessaire et permet d'optimiser les parcours. Le modèle d'organisation de la PASS doit reposer sur le décroisement pluri-professionnel sur une même unité de lieu. Médecins généralistes, infirmiers, assistants sociaux, psychiatres.... Réunissant différents professionnels dans une même unité, la PASS permet une approche intégrative, incluant

dans un même temps des dimensions médicales et extra-médicales mais qui impactent néanmoins le soin.

**Recommandation n°8** Élargir le périmètre du modèle d'organisation des PASS pour prendre en charge les situations médico-sociales non urgentes.

*Ce dispositif est davantage expertisé par la mission dans le tome 2 du présent rapport.*

### 3.2 Créer un nouveau service d'accès aux soins qui permettra au public d'accéder plus facilement à des parcours de soins non programmés

Selon la DGOS, il n'existe pas de marqueur permettant d'identifier l'offre de soins non programmés, ni de quantifier l'activité des médecins généralistes de ville dédiée aux consultations de SNP, ce qui est une difficulté pour élaborer un diagnostic de départ.

Les chiffres disponibles permettant d'apporter un éclairage sur le sujet, sont les suivants :

- 251 millions de consultation en médecine générale dont 5,6 millions de PDSA (*données SNIIR-AM 2016*) ;
- 35 millions de recours urgents ou non programmés à la médecine générale, soit 12 % du total des consultations (*enquête DREES 2004*), en cohérence avec la littérature internationale ;
- 21 millions de passages aux urgences (*données SAE 2016, DREES*) ;
- 43 % des passages aux urgences relèvent d'une prise en charge en ville, dont 29 % par un MG sans plateau technique et 6 % par un MG avec accès imagerie, biologie (*enquête DREES un jour donné juin 2013*) ;
- **75 % des passages aux urgences ont lieu entre 8h et 20h les jours de semaine** (pics début matinée et début après-midi, moindre activité 20h et 8h et week-end) (*enquête DREES un jour donné juin 2013*).

Le rétablissement de l'obligation de gardes pour les médecins généralistes en ville n'est plus le sujet de préoccupation des acteurs, sollicitant une plus forte mobilisation des médecins de ville dans la prise en charge des soins non programmés :

- La participation à la régulation médicale 24h/24 représente une modalité de cet exercice beaucoup plus pertinente que se focaliser sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
- L'organisation de plages de consultations non programmées au sein d'une CPTS, d'une MSP ou d'un centre de santé rentre aussi dans ce cadre.

Il y a donc sur ce point un changement de paradigme. Il s'agit d'assurer un continuum dans la prise en charge des soins ambulatoires non programmés reposant sur une nouvelle organisation de jour complétée par celle de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). C'est bien de cela que l'utilisateur a besoin, d'une réponse 24 h/24 en n'importe quel point du territoire, faisant appel à des outils modernes (Cf. Infra) et en aucun cas ne se substituant à l'appel de la médecine de premier recours.

Les centres de consultations non programmées (*Cf. Supra*) sont un parcours de soins alternatif pour les consultations et des demandes de prise en charge ambulatoires ressenties par les patients comme une urgence. Elles ne nécessitent pas de recours à une hospitalisation mais parfois un recours à un plateau technique de base. L'enquête DREES publiée en juillet 2014<sup>29</sup> met en exergue :

- Le besoin d'un règlement rapide du problème de santé 27 % ;
- La possibilité de réaliser des examens complémentaires 23 % ;
- La proximité géographique 22 % ;
- La possibilité de consulter un médecin spécialiste 12 % ;
- La prise en charge en dehors des horaires de travail 3 % ;
- La gratuité 2 %.

Cette enquête souligne que 6 % des patients se rendent aux urgences du fait de l'absence du médecin traitant et 5 % du fait de l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires.

- Les CPTS, à terme, chargées de développer des modes d'exercice coordonné par la structuration des soins ambulatoires non programmés constituent une des organisations à privilégier pour éviter un recours non justifié aux services d'urgence. L'offre existante constituée des MSP, CS, SOS médecins... doit être prise en compte ;
- L'offre de SNP de ville et hospitalière sont complémentaires et participent à l'accès aux soins non programmés. Avec la labellisation de nombreux hôpitaux de proximité en 2022, positionnés en appui de la ville et mettant à disposition leur plateau technique, ces organisations hospitalières doivent être d'emblée prises en compte dans le diagnostic de l'offre et il convient de susciter leur adhésion dans leur participation aux soins non programmés, dans le cadre de la procédure de leur agrément.

Mais il convient de compléter ce dispositif sur le plan de l'accès. Aujourd'hui, il est indispensable d'offrir à chacun un service simple et lisible pour accéder, à toute heure et à distance, à un professionnel de santé qui lui fournira un conseil, une téléconsultation, du télésoin, une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou lorsque cela s'avère nécessaire, un service d'urgence. Les centres de réception et de régulation des appels le font déjà partiellement. Il faut créer avec l'ensemble des professionnels concernés un nouveau service d'accès aux soins.

Ce service devra être territorial et piloté de concert par les acteurs hospitaliers des SAMU et les professionnels libéraux des CPTS, en lien étroit avec les services de secours.

Ce service sera accessible de la même manière pour tous les français, quel que soit leur lieu de résidence ou leur insertion dans le parcours de soins.

---

<sup>29</sup> Boisguerin B., Valdelièvre H., « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », Études et Résultats DREES, n° 889, juillet 2014

### 3.2.1.1 Placer la régulation médicale au centre des parcours de soins d'urgence mais aussi des soins non programmés

Le renforcement de la régulation médicale est plus que jamais d'actualité. Ce filtre pré hospitalier téléphonique constitue un des moyens de modérer l'accès aux SAU, de réorienter les appelants vers les parcours de soins non programmé et de les conseiller. Il nécessite le développement de la permanence des soins ambulatoires téléphonique et son extension H24 qui pour l'instant n'est accessible que dans certains grands centres urbains. Ce renforcement est à la fois quantitatif pour les services sous dotés permettant d'améliorer la rapidité de réponse notamment en cas de pics d'appels. Il est aussi qualitatif en sécurisant les réponses et en identifiant dans les flux des appels ceux qui sont prioritaires. Des organisations spécifiques (gestions des appels à deux niveaux par exemple) permettent d'atteindre ces objectifs et de nouvelles technologies sont en cours de développement, en exploitant notamment l'apport de l'intelligence artificielle. La reconnaissance du renforcement des compétences des ARM des CRRA-centre15 s'associe à l'attribution d'une prime spécifique et la généralisation de leur formation dans les centres de formation d'assistant de régulation médicale (CFAR).

Afin qu'une orientation des appelants vers le parcours le mieux adapté, de nouveaux outils d'aide à la décision doivent être développés au sein des CRRA-centre 15 permettant le transfert de flux vidéo entre l'appelant et le médecin régulateur du SAMU. En effet, l'apport de la vidéo améliorera significativement la qualification des appels et permettra, ainsi, d'orienter plus finement les patients vers l'offre de soins adaptée à leur état, le cas échéant vers une prise en charge alternative aux urgences. De ce fait, l'utilisation de la vidéo limitera le nombre de passages aux urgences.

Les personnes appelant le SAMU pourront, en fonction de leur situation, basculer vers un appel vidéo. Cette possibilité sera utilisée aussi bien lorsque :

- Le médecin régulateur échangera avec un professionnel qui se trouve au côté du patient (infirmier ou aide-soignant en EHPAD etc.) ;
- Le médecin régulateur échangera directement avec le patient.

Les solutions techniques et sécurisées sont déjà prêtes, avec l'utilisation d'un portail web permettant aux médecins régulateurs de déclencher à distance la caméra du téléphone portable des appelants, avec leur accord.

**Recommandation n°9** Généraliser les outils d'aide à la décision comme la vidéo à distance dans tous les Centre 15

*Cette recommandation correspond à la mesure n°6 du Pacte de refondation des urgences.*

La régulation médicale joue déjà un rôle fondamental pour l'AMU et les parcours de soins spécialisés. L'admission directe des patients de ces filières est médicalement pertinente et soulage les SAU. Son rôle dans la permanence des soins non programmés souffre de sa méconnaissance par le public (aucune campagne d'information du public en dehors de certaines filières et en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE)) qui hésite donc à appeler le 15.

La difficulté pour le public de différencier « urgence médicale » et « besoin de soins non programmés » est compréhensible d'autant plus qu'il n'y a pas de cohortes distinctes mais un continuum évolutif. **Ceci est un argument fort pour une plateforme d'accès aux soins**

**téléphonique et en ligne intégrant non seulement l'aide médicale urgente mais aussi les soins non programmés ambulatoires.** Ceci pose le problème du recrutement des ARM et des médecins régulateurs ainsi que du financement de l'acte de régulation pour les patients non urgents. La régulation médicale surtout depuis l'affaire de Strasbourg en 2018 est considérée par les équipes comme une activité à haut risque ce qui nuit à son attractivité. La mise en place d'une politique d'assurance qualité reste donc un objectif prioritaire.

Le développement d'outils informatiques (applications, serveurs, portails...) pour rendre plus lisible l'offre de soins au public et pour accéder plus facilement à des parcours de soins non programmés est un élément essentiel de progrès. Il existe de nombreux exemples dans les régions de ce type d'initiatives. Il serait important d'en préciser les caractéristiques de base pour en faire un standard national.

**Recommandation n°10** Mettre en place dans tous les territoires un service d'accès aux soins (SAS) pour répondre à toute heure à la demande de soins.

Il est indispensable d'offrir à chacun un service simple et lisible pour accéder, à toute heure et à distance, à un professionnel de santé qui lui fournira un conseil, une téléconsultation, du télésoin, une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou lorsque cela s'avère nécessaire, un service d'urgence ou provoquera l'intervention d'un SMUR. Les centres de réception et de régulation des appels le font déjà partiellement. Il faut créer avec l'ensemble des professionnels concernés un nouveau concept d'accès aux soins.

L'accès par la régulation libérale permettrait de distinguer les situations qui relèvent des structures d'urgences de celles relevant d'une CPTS. Néanmoins, une bonne information à l'échelon local et territorial permettrait à ce que les patients s'adressent spontanément à la CPTS pour y être pris en charge sauf si leur état nécessite une réorientation pour trouver une réponse plus adaptée.

Ces structures devront apporter une prise en charge, définie dans le cadre contractuel avec l'ARS, tant sur le type de patients devant être pris en charge, que sur les horaires d'ouverture.

Cette disposition est essentielle pour permettre aux CPTS de constituer une référence lisible et efficace de l'organisation territoriale des urgences et des soins non programmés qui devra figurer dans le répertoire opérationnel des ressources, qui alimentera le service d'accès aux soins.

Cependant, les CPTS dans leur mission de soins non programmés ne constituent pas une alternative à la consultation chez le médecin généraliste lorsque ce dernier n'est pas intégré dans la structure, qui ne serait motivée que par de simples convenances personnelles (disponibilité immédiate ou facilité d'horaires par exemple).

En effet, les consultations non programmées doivent être assurées prioritairement par le médecin traitant, qui peut également voir des patients en dehors de sa patientèle habituelle. Bien souvent, le motif de refus avancés par les médecins rencontrés est celui d'avoir déjà trop de patients.

Le principe de subsidiarité au médecin traitant doit ainsi être retenu, pour ne pas déresponsabiliser la première ligne et dans un souci de prévention et de santé publique. L'organisation territoriale de la CPTS est complémentaire à la prise en charge du patient par le MT.

L'accès à un plateau technique pour la réalisation des examens complémentaires (biologie et radiologie conventionnelle) est à promouvoir par la CPTS dans l'organisation territoriale du SNP (accès conventionné ou non formalisé à des structures publiques ou privées du territoire, les hôpitaux de proximité).

A moyen terme, en fonction des évolutions sur le terrain, l'impact sur la PDSA devra être évalué lorsque les CPTS organisant les soins non programmés se seront déployées sur l'ensemble du territoire.

*Cette préconisation fait l'objet d'un développement particulier suite à l'annonce de la mesure n°1 du Pacte de refondation des urgences (Cf. Tome II).*

### 3.3 Favoriser les admissions directes dans les services hospitaliers, en particulier pour les patients âgés, constitue un impératif pour désengorger les urgences

Dans beaucoup d'établissements, le SAU est le passage obligé des admissions. Systématiquement les admissions urgentes transportées par des moyens non médicalisés ou plus généralement toute admission non programmée transitent par le SU pour bénéficier d'un examen médical et la réalisation d'examens complémentaires. Il est nécessaire d'envisager la mise en place d'admissions directes dans les services de spécialités évitant le passage systématique par le service des urgences. Les services, qui par leur structure doivent entretenir une permanence des soins (par exemple service d'oncologie, d'hématologie ou de certaines spécialités) doivent s'organiser pour réaliser des admissions directes. Ces admissions directes peuvent être le fait de patients connus et suivis dans le service qui reviennent à l'endroit où on les soigne. Ils peuvent aussi correspondre à des admissions directes régulées par le CRRA 15.

Il est à noter que dans beaucoup de ces services, les astreintes forfaitaires se sont transformées au fil du temps en une permanence téléphonique sans qu'il y ait de déplacement pour la prise en charge des patients. Cette dérive doit être revue. L'admission directe dans les services est parfois freinée par la possibilité d'accéder au plateau technique de garde de l'hôpital (imagerie, biologie). Ce point est fondamental pour que les patients admis directement bénéficient de la même qualité de prise en charge et des mêmes examens complémentaires que ceux passant par les urgences.

La mission rappelle que la permanence des soins en établissement de santé (PDES) permet la prise en charge spécialisée en établissement de nouveaux patients urgents hors des heures ouvrées. Il serait utile de **repenser les organisations territoriales de la permanence des soins en établissement de santé et d'identifier les contributions des différents acteurs hospitaliers.**

Ces admissions directes sont encore plus souhaitables pour les patients âgés poly-pathologiques et dépendants, qui peuvent aujourd'hui arriver au SAU par défaut pour un motif ne relevant pas de l'urgence médicale car aucune autre possibilité de soins ne leur est accessible. Ils peuvent aussi nécessiter une hospitalisation liée à la dégradation de leur pathologie chronique ou à un événement intercurrent.

Dans ces deux cas, l'attente au SAU se grève d'une lourde morbidité. Leur hospitalisation, nécessaire ou par défaut d'autre alternative, provoque une déstabilisation de leur hébergement. Les patients de plus de 80 ans ont représenté en 2018 10,4 %<sup>30</sup> des passages aux urgences générales des établissements de santé.

---

<sup>30</sup> Données SAE 2018

Le service d'urgence est encore trop souvent la porte d'entrée principale de l'hospitalisation des personnes âgées. En 2017<sup>31</sup>, 45 % des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation concernent des patients âgés de 65 ans et plus et plus du quart concernent des patients âgés de 80 ans et plus. 46 % des admissions en court séjour gériatrique ont lieu après un passage en service des urgences.

Parmi les patients âgés de 75 ans ou plus qui passent par le service d'accueil des urgences, 44 % sont âgés de 85 ans ou plus alors qu'ils représentent 32 % de la population générale. La traumatologie constitue le premier motif de recours (25 %), suivi par les motifs cardio- vasculaires (17 %). Le mode d'entrée par les urgences est un facteur de risque pourtant bien connu pour les personnes âgées : 23 % des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10 % des 15-74 ans<sup>32</sup>. Un passage prolongé aux urgences supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de deux fois. Les sujets âgés sont à risque élevé d'événement indésirable lors de l'entrée aux urgences comme la non-reconduction de prescription<sup>33</sup>.

La possibilité d'admission directe, en gériatrie, prescrite par un médecin généraliste a donné lieu à des expérimentations de création « Hot Line » (étude du Pr Régis Gonthier - CHU St-Etienne) qui se sont révélées très positives. Cette possibilité peut être étendue d'une part à un contact avec un médecin régulateur du CRRA 15 et à d'autres services d'hospitalisations (SSR, SLD, hôpitaux locaux ...).

**Recommandation n°11** Mettre en place des procédures d'admissions directes pour les personnes âgées en lien avec la cellule de gestion des lits

*Le Pacte de refondation des urgences prévoit une telle possibilité au sein de la mesure 5 consistant à atteindre l'objectif zéro passage par les urgences pour les personnes âgées d'ici 5 ans.*

Le fait d'être hébergé en EHPAD double le risque d'être un usager fréquent des urgences<sup>34</sup>. Selon Dominique LIBAULT Président du comité national PAERPA, Il y a une différence significative entre urgences via EHPAD et urgences via domicile. En EHPAD, les personnes âgées sont les plus dépendantes (donc le plus de polyopathologies très évoluées avec beaucoup de fins de vie) et à domicile on trouve toutes sortes de situations mais globalement moins lourdes. Donc le temps passé aux urgences d'un résident d'EHPAD sera toujours plus long étant donné la compréhension nécessaire de la polypathologie (bilans).

Le contrôle de l'envoi au SAU de patients à partir des EHPAD doit être organisé. Il repose sur plusieurs mesures dont certaines, en train de se développer, méritent d'être amplifiées : la possibilité désormais effective pour les médecins coordonnateurs d'être prescripteurs de soins<sup>35</sup>, le renforcement des médecins coordonnateurs d'EHPAD en leur donnant la possibilité d'être médecins traitants, etc. Le décret précise que le médecin coordonnateur sera aussi chargé d'identifier les acteurs de santé du territoire pour « fluidifier le parcours de santé des résidents », à l'heure où les CPTS doivent se déployer. Enfin, il devra favoriser « la mise en œuvre des projets de télémédecine ».

La mise en place d'infirmiers diplômés d'État de nuit en EHPAD qui assurent le suivi et la prise en charge de base limite aussi l'hospitalisation injustifiée en sécurisant les prises en charge nocturnes et réduit ainsi les hospitalisations en urgence. Une expérience de l'ARS Ile de France montre qu'elle

---

<sup>31</sup> Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée-Feuille de route Grand âge et autonomie

<sup>32</sup> DREES – Personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une durée plus longue – mars 2017 –n°1008

<sup>33</sup> Prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation – Points Clés et solutions – septembre 2017

<sup>34</sup> CNAM – rapport Charges et produits 2018

<sup>35</sup> Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

diminue le recours aux SAU de 30 % et réduit la DMS des patients hospitalisés. Le recours aux infirmiers de nuit dans les EHPAD a fait l'objet d'expérimentations sur plusieurs territoires (Plan national soins palliatifs, PAERPA). Une enveloppe globale de 36 M€, répartie en trois tranches, pour une montée en charge progressive est mobilisée : 10 millions d'€ alloués en 2018 (LFSS 2018) et en 2019 (LFSS 2019). 20 à 25 % des EHPAD déjà couverts fin 2018 selon les régions (source : ARS).

**Recommandation n°12** Donner aux ARS les moyens d'organiser d'ici 2020 une généralisation de la présence d'infirmiers en EHPAD la nuit, sous forme d'une mutualisation entre EHPAD.

*La mesure n°5 du Pacte de refondation des urgences vise à renforcer la prise en charge médicale et soignante au sein des EHPAD pour éviter au maximum le recours aux urgences. La mise en place d'infirmiers de nuit mutualisés en EHPAD sera généralisée dans ce cadre.*

La feuille de route Grand âge et autonomie 2018-2022 promeut le développement de l'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation dans le cadre d'une collaboration avec des établissements de santé. Il conviendrait d'en préciser les conditions et les patients qui peuvent bénéficier de cet hébergement de manière pertinente (stabilisation de l'état de santé mais besoins liés à des prestations sociales d'autonomie). L'objectif est de faciliter et sécuriser les retours à domicile et limiter les durées de séjour à l'hôpital et les hospitalisations évitables en rendant l'hébergement temporaire plus accessible. 15 millions d'€ alloués aux ARS pour 2019 (arrêté du 14 mai 2019).

**Recommandation n°13** Compenser une partie du reste à charge en réduisant le coût de l'hébergement temporaire (HT) pour une personne âgée sortant des urgences ou d'une hospitalisation, au niveau du montant du forfait journalier hospitalier, pendant un maximum de 30 jours

*La mesure n°12 du Pacte de refondation des urgences vise à fluidifier l'aval des urgences. Elle incite notamment à favoriser l'hébergement temporaire en EHPAD post-urgences par une baisse du reste à charge.*

Par ailleurs, l'hospitalisation dans un établissement de recours éloigné pourrait être diminuée avec un retour vers l'établissement de santé de proximité du lieu de vie de la personne âgée, avec son consentement, afin de préparer au mieux son retour au domicile, avec les acteurs de son environnement. Cette prise en charge en hôpital de proximité pourrait être formalisée dans le cadre de leur agrément par les ARS.

Afin de contribuer au soutien au domicile, alliant soins et préservation de l'autonomie, à l'évitement d'hospitalisations, de réadmissions, et de passages aux urgences, le développement de la mobilité des équipes hospitalières de gériatrie doit être mobilisé dans le cadre d'un maillage territorial et dans une logique d'interface par rapport aux autres acteurs du domicile. Leur collaboration avec les professionnels de proximité et au premier chef les professionnels de santé : CPTS, maisons de santé pluri professionnelles (MSP), centres de santé est essentielle.

La mobilité des équipes hospitalières en extra-hospitalier est encore soit trop peu présente en terme d'activité (actuellement 12 % de l'activité des équipes mobiles de gériatrie), soit insuffisante sur des territoires ou insuffisamment structurée. Il convient de développer leur activité vers les lieux de vie des personnes âgées (domicile et établissements d'hébergement des personnes âgées). Les attendus de ces équipes sont des missions d'évaluation médico-psycho-sociale alliant santé et préservation de l'autonomie et des missions d'interface, à la demande et en collaboration avec les médecins traitants, les professionnels de santé libéraux et les services sociaux et médico-sociaux accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie.

L'objectif est de fluidifier la prise en charge des personnes en fonction de leurs besoins. En effet, le passage aux urgences est trop souvent le reflet d'une dégradation de l'état de santé de la personne accompagnée à domicile, en EHPAD et en établissement médico-social, alors que cette dégradation aurait pu être prévenue et anticipée dans la majorité des situations. Les services d'aide et de soins à domicile peuvent représenter une ressource grâce à une formation des professionnels au repérage de la perte d'autonomie les mettant en capacité de repérer les patients âgés en risque de perte d'autonomie et notamment les patients potentiellement « chuteurs », les patients atteints de dénutrition ou encore les patients commençant à présenter des troubles cognitifs qui pourraient entraîner des complications.

Pour accompagner le déploiement en 2020 sur les territoires, la diffusion d'un cadre d'orientation sur la base d'expériences existantes, élaboré en 2019 avec le groupe des EMG de la société savante de gériatrie, les médecins généralistes, les EHPAD et les intervenants au domicile, les fédérations hospitalières et les ARS est envisagée. Ce cadre précisera les missions, les principes des modalités d'interventions sur demande des médecins traitants et des médecins des EHPAD (et en articulation avec les CPTS et les dispositifs d'appui à la coordination) et les indicateurs d'évaluation. Un processus de déploiement en EHPAD et au domicile doit être envisagé en fonction des territoires, de leur offre existante et de leurs besoins.

**Recommandation n°14** Généraliser les équipes mobiles gériatriques (EMG) afin d'apporter l'expertise gériatrique sur les lieux de vie des personnes âgées (EHPAD et domicile) afin de prévenir les hospitalisations en urgence évitables.

*La mesure n°5 du Pacte de refondation des urgences prévoit notamment le développement des équipes mobiles de gériatrie, créées ou renforcées pour appuyer à la fois les équipes des EHPAD et les professionnels libéraux.*

Des actions de formation des professionnels des EHPAD à un recours optimal aux urgences sont à promouvoir, pour une bonne gestion des situations d'urgences non vitales fréquentes et anticiper les vraies urgences vitales. L'ensemble des EHPAD doit aussi être équipé afin de développer les téléconsultations aussi bien pour le quotidien que pour l'évaluation des situations potentiellement urgentes.

La structuration des dossiers médicaux accessibles à la régulation du SAMU permet d'assurer la continuité du parcours de soins et donc de diminuer les transports injustifiés au SAU. Il existe des dispositifs en cours de développement (dans les régions Hauts-de-France et Grand Est par exemple) formalisant les parcours de soins, le partage d'informations et les relations avec le Centre 15.

Des incitatifs financiers nouveaux pour l'hôpital et les EHPAD pourraient également être envisagés :

- Aux entrées directes des personnes âgées dans les services de spécialités à l'hôpital ;
- À la coopération avec les autres acteurs (CPTS dans le cadre de la coordination des soins non programmés...) ;
- Pour les EHPAD, à la diminution des adresses évitables aux urgences. –

## 4 La refondation des urgences implique également d'agir sur leur organisation, leur financement mais aussi la gestion des ressources humaines

### 4.1 Il est nécessaire de revoir le modèle de financement des urgences afin de prendre en compte des critères qualité et mettre fin à certains effets pervers

Globalement, le financement de l'accueil des usagers aux services des urgences est régi en fonction de l'issue d'un passage suivi d'une hospitalisation ou non.

Dans le cas d'un passage au service des urgences suivi d'une hospitalisation, la ressource financière n'existe pas pour le service des urgences, les coûts engendrés dans ce service sont intégrés au GHS (Groupe Homogène de Séjour) de l'hospitalisation du patient. Il n'y a donc pas de facturation de ce service. Cela explique certainement le sous codage dans le RSA (résumé standardisé anonymisé de la base PMSI) de la provenance par les urgences de l'hospitalisé.

Dans l'autre cas, c'est-à-dire, un passage au service des urgences « non suivi d'une hospitalisation », les ressources financières sont établies par trois grands postes :

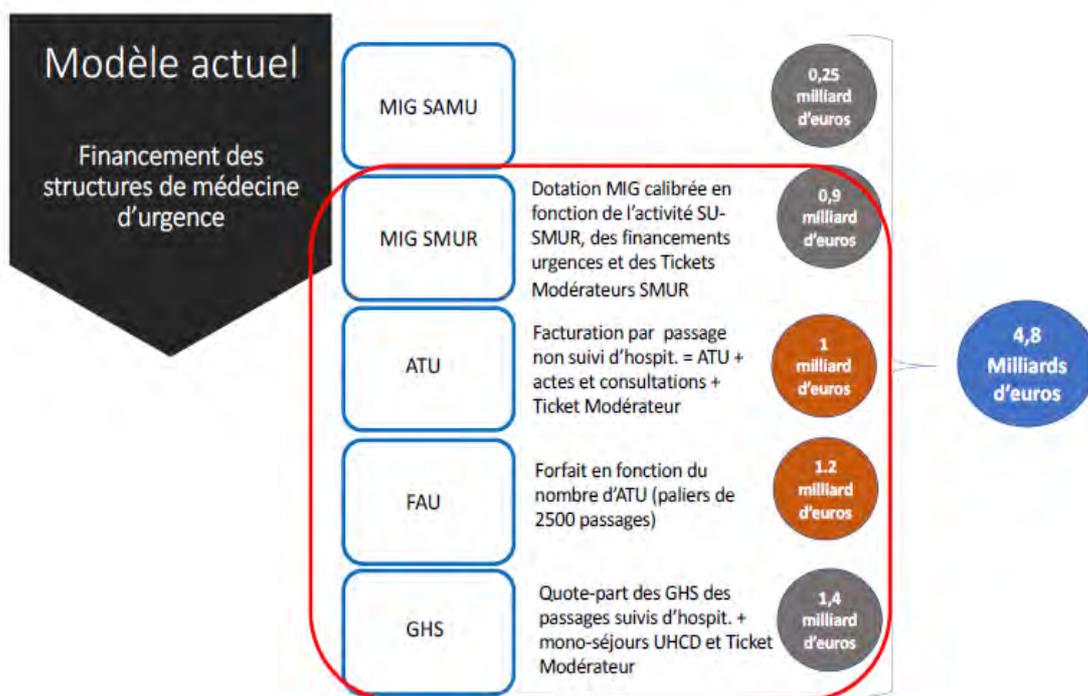
- Une recette basée sur un forfait de 23 € pour les ATU (accueil et traitement des urgences), l'ATU est calibré par passage et ne prend pas en compte la lourdeur des prises en charges. Actuellement les patients lourds sont sous-financés (CCMU3, 4 ou 5), les cas légers ne relevant pas de l'urgence (CCMU 1 ou 2), eux étant « sur-financés », certains établissements sont réticents à la réorientation des patients légers vers des structures de soins en ville ;
- Un forfait concernant les actes de laboratoire ou de radiologie ;
- Un forfait annuel des urgences (FAU) par tranche de 2500 passages par an.

Ce dernier forfait explique en partie que les chiffres soient parfois surévalués dans la base SAE (Statistique Annuelle des Établissements) de certains établissements. Si les deux premières bases de données (SAE, et PMSI) restent sujettes à caution concernant le recensement de l'activité des services des urgences, la base du SNIIRAM (système national d'information inter régimes de l'Assurance Maladie) apparaît plus exhaustive puisqu'elle collige l'ensemble des ATU remboursés pour chaque usager. Toutefois, il reste une partie inconnue de l'activité des services des urgences comme par exemple les patients non remboursés par l'assurance maladie (étrangers, personnes hors « protection universelle maladie » : PUMA).

Le financement des urgences a été jusqu'à présent basé sur l'aspect quantitatif du flux des patients. Ceci peut avoir des effets pervers : acceptation de tous les patients y compris les moins graves quels que soient les délais d'attente, facturation des patients hospitalisés sur des lits brancards, taux d'occupation de l'UHCD dépassant 100 %. Ils contribuent à la saturation des SAU et aggravent la morbidité des patients. La fluidité du parcours de soins en urgence dépend aussi d'autres services, notamment de l'aval (*Cf. Infra*). C'est donc un facteur de qualité complexe de l'établissement. L'introduction d'un financement indexé sur des indicateurs de qualité (type IFAQ) serait donc adapté. Ils pourraient porter sur : le temps d'attente, le zéro lit brancard, l'absence de patient stagnant dans l'UHCD le matin, la satisfaction des usagers ...

Introduire un tel financement serait un signe fort pour favoriser le développement de la qualité dans les services d'urgences.

Schéma 1 : Modèle actuel du financement des structures de médecine d'urgence



Source : Task Force « Réforme du Financement du système de santé »

Le modèle de financement des urgences n'a quasiment pas évolué depuis 2006 et fait une part trop importante à l'activité. Les dépenses liées aux urgences hospitalières augmentent de 5 % par an, depuis 2013 à 16,1 milliards d'euros en 2016, soit 17 % du budget hospitalier public (ONDAM), dont 3,6 milliards d'euros hors hospitalisations. Selon la Cour des comptes<sup>36</sup>, le coût d'un passage aux urgences hors hospitalisation et examens complémentaires est de 148 euros<sup>37</sup> en moyenne à l'hôpital pour l'assurance maladie contre 25 € la journée, 71 € la nuit et 54 € le week-end pour une prise en charge en ville. Le dispositif tarifaire complexe à l'hôpital des urgences incite à l'activité au lieu d'encourager à la régulation.

Dès la LFSS 2019, un premier ajustement des modalités de financement des structures des urgences a été initié avec l'expérimentation, d'un forfait de réorientation des cas les plus légers vers la médecine de ville.

La mission recommande d'utiliser le levier financier pour inciter établissements à organiser les services d'urgences pour se concentrer sur la prise en charge des patients nécessitant une intervention hospitalière, en modulant le montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés. L'objectif est d'opérer une refonte globale du modèle de financement en s'appuyant sur une base majoritairement populationnelle dépendant des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins sur chaque territoire, en rééquilibrant la part à l'activité en tenant compte de l'intensité de la prise en charge des patients, et

<sup>36</sup> Rapport public annuel 2019-février 2019

<sup>37</sup> Total ATU + FAU + ACE + AC divisé par nombre de passages.

enfin en introduisant un financement à la qualité qui viendra ainsi valoriser les initiatives et résultats des établissements en matière de qualité et d'organisation des prises en charge des soins urgents, et en incitant à leur articulation avec les autres acteurs du premier recours.

**Recommandation n°15** Réformer le financement actuel des services d'urgence en modifiant l'article L. 162-22-6, concernant l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens du L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 du même code, exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.

*Cette recommandation a été intégrée au Pacte de refondation des urgences annoncé par le ministre chargé de la Santé le 9 septembre 2019. Cette mesure a ensuite fait l'objet d'un amendement intégré au PLFSS 2020.*

## 4.2 Un renforcement des compétences des soignants afin de les autonomiser davantage lors de l'étape de tri et d'orientation à l'arrivée aux urgences serait utile

Dans le système actuel, toute personne se présentant dans les urgences par quelque moyen que ce soit est pris en charge et orienté par un IAO dans un parcours de soins qui peut être ambulatoire, ou de patient couché nécessitant potentiellement des examens et une hospitalisation. Un « circuit court », quand il fonctionne, reçoit les patients relevant de soins ambulatoires non programmés.

La mise en place d'une réorientation à l'entrée du service pour les patients ne relevant pas des compétences de la médecine d'urgence pourrait limiter l'encombrement du service. Cette orientation suppose des parcours de soins bien balisés vers de la médecine non programmée (*cf. supra*), la maîtrise des moyens de transport notamment pour des patients ambulatoires et la mise en place de protocoles précis d'orientation.

Les circuits d'accueil et de prise en charge des urgences doivent être repensés pour affiner la répartition des patients selon les niveaux d'urgence et organiser un parcours en cabinet, maison ou centre de santé si nécessaire. Dans ce schéma, les prises en charge seront confiées à des infirmiers formés à cette nouvelle fonction, libérant du temps médical pour concentrer l'expertise des médecins là où elle est réellement indispensable, en particulier pour la qualification de la demande c'est à dire le premier examen.

### 4.2.1 Faire évoluer la fonction d'infirmier aux urgences en déployant très rapidement des protocoles adaptés

Un protocole de coopération offrant aux infirmiers la possibilité de demander eux-mêmes des examens d'imagerie pour des patients atteints de traumatismes de membres est parfaitement envisageable d'autant plus que lors des visites de certains sites, la mission a constaté que cette pratique existait sans être encadrée, ce qui expose ces professionnels en termes de responsabilité. D'autres protocoles devront être validés par la HAS dans des délais rapides (demande de bilan biologique, suture de plaie simple) et d'autres, initiés en lien avec les professionnels très ouverts à une meilleure collaboration interprofessionnelle. Dès leur mise en place, une généralisation sera recherchée et une incitation forte des établissements dans le cadre de l'optimisation du fonctionnement des services d'urgence.

**Recommandation n°16** Déployer des protocoles de coopération en matière d'évaluation et de demande anticipée du bilan radiologique requis par l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation en lieu et place du médecin, pour les patients âgés de plus de 16 ans se présentant avec un traumatisme de membre isolé dans un service d'urgences, pour la réalisation d'examens de biologie et de sutures simples par les infirmiers exerçant en service d'urgences sur indication du médecin.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, le rapport final « Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière »<sup>38</sup>, préconise de dégager des moyens pour assurer la juste valorisation des professionnels qui s'engagent notamment dans des protocoles de coopération. C'est une exigence pour reconnaître leur investissement et assurer la motivation à s'engager dans ces dispositifs. C'est également nécessaire pour reconnaître les exigences différenciées d'un poste à l'autre.

*La mesure n°8 du Pacte de refondation des urgences prévoit notamment ces déploiements.*

#### 4.2.2 Créer des infirmiers de pratique avancée aux urgences

La fonction d'IAO pourrait être renforcée et remplie par des IPA d'urgences, compétents pour trier, déterminer un parcours de soins et effectuer certains soins courants, tout en conservant une supervision médicale indispensable.

Les tâches médicales et paramédicales sont très intriquées dans une équipe d'urgence. La formalisation de la délégation de tâche est nécessaire. On peut proposer une filière de soins confiée à des IPA « urgence » sous supervision médicale.

L'IPA « Urgence » peut donc être développé, à l'accueil, dans des filières de soins, en SMUR notamment pour les TIH voire à la régulation médicale (en appui des médecins régulateurs), c'est à dire dans tous les volets de la Médecine d'Urgence. La nécessité d'impulser une nouvelle dynamique en matière de ressources humaines au regard des enjeux démographiques implique, dans un contexte de pénurie médicale, de reconnaître les capacités paramédicales en faisant, par exemple, évoluer le décret de compétences infirmier et le référentiel d'activité des aides-soignants pour tenir compte de la réalité de l'exercice aux urgences. Elle suggère notamment d'intégrer dans le référentiel d'activité des aides-soignants la réalisation d'électrocardiogrammes (ECG) et les glycémies capillaires.

Un nouveau domaine d'activité « urgences » est préconisé pour les infirmiers souhaitant exercer en pratique avancée aux urgences. Pour cela, ils seront formés pour assurer en première ligne et sous une supervision médicale :

- L'orientation des patients et la coordination avec les médecins traitants ;
- La pose d'un premier diagnostic infirmier sur la base d'arbres de décision, pour des types de situations qui auront été définies au préalable avec l'équipe médicale ;
- La prescription d'actes d'imagerie ou de bilan biologique ;
- La réalisation d'actes techniques en autonomie, comme par exemple les sutures ;
- La prise en charge complète d'une filière de soins après décision médicale.

---

<sup>38</sup> Rapport final : Aurélien ROUSSEAU- Président-directeur général de la Monnaie de Paris avec l'appui de Christine D'AUTUME- Inspectrice générale des affaires sociales

Ces professionnels exerceront à l'hôpital, l'ensemble de ces fonctions (régulation, SMUR, urgences) sous un statut qui reconnaîtra la spécificité des responsabilités qui leur seront confiées.

**Recommandation n°17** Créer des infirmiers de pratique avancée aux urgences et à termes dans l'ensemble des activités de la médecine d'urgence.

Un tel dispositif suppose que l'acte d'orientation et de construction du parcours de soins soit lui-même rémunéré et que les services qui le pratiquent soient rétribués pour compenser la baisse du nombre de passages (expérimentation en cours du forfait de réorientation). Ce forfait offrant des parcours alternatifs aux patients qui se présenteraient aux urgences, organisés avec les professionnels libéraux, sera expérimenté dans une vingtaine d'établissements pendant un an, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Les enseignements de cette expérimentation alimenteront la préparation de la réforme du financement des services d'urgence (Cf. *Supra*).

*La mesure n°8 du Pacte de refondation des urgences prévoit également la création d'IPA aux urgences.*

### 4.3 La pénurie de médecins urgentistes est responsable de dysfonctionnements et abus qui doivent être combattus tout en renforçant l'attractivité des urgences

La pénurie de médecins urgentistes est l'argument le plus souvent mis en avant pour expliquer les difficultés de fonctionnement des SAU. Cependant, le besoin exact et réel de médecins urgentistes n'a jamais été établi. Aucune projection n'a été faite quant au nombre de médecins nécessaires pour faire fonctionner l'ensemble des services d'urgence. L'absence de projection démographique de médecins urgentistes sur les dix prochaines années ne permet pas d'adapter le nombre d'urgentistes formés aux besoins. Ce travail pourrait être confié à l'ONDPS en lien avec la DREES.

A la pénurie quantitative s'ajoute la baisse d'attractivité des SAU. Elle est liée aux conditions difficiles de travail, à la tension provoquée par l'encombrement du service, à l'attente des patients, source d'agressivité de leurs accompagnants. La mission a constaté des différences régionales et entre les sites. Dans les CHU des grandes agglomérations comme Paris c'est plutôt le personnel paramédical qu'il est difficile de recruter compte tenu du coût de la vie et des difficultés de mobilité. A l'inverse en région, dans les CHG c'est le recrutement des médecins, pour les urgences et en général pour les spécialités qui est mis au premier plan, alors que celui des paramédicaux pose beaucoup moins de problème.

**Recommandation n°18** Établir des projections démographiques fines concernant les médecins urgentistes afin d'adapter le plus possible le nombre d'étudiants formés aux besoins.

#### 4.3.1 Encadrer l'intérim, dont les effets sur la qualité et l'organisation des structures d'urgence sont délétères et organiser un contrôle renforcé de pratiques non réglementaires

Toutes les structures en tension ont un recours important à l'intérim qui peut atteindre plus de 50 % et qui est absolument nécessaire à leur fonctionnement actuel. Cependant ce recours massif à des effets pervers. Les tarifs ont un coût prohibitif pour les établissements hospitaliers, provoquant un véritable « cannibalisme » du budget hospitalier (plusieurs millions d'euros dans certains cas).

Parmi ces médecins, certains qualifiés de « mercenaires » sont des intérimaires professionnels. La qualité de la prestation est souvent médiocre. Les intérimaires sont mal intégrés aux équipes, ne peuvent pas occuper tous les postes, ne connaissent pas le fonctionnement du service. Les personnels soignants ne se sentent pas en confiance.

On constate que les services qui ont recours à de nombreux intérimaires continuent de fonctionner grâce à une « perfusion financière » mais que ceci ne permet pas de constituer de véritables équipes de service. Ils ne peuvent pas attirer de jeunes médecins, former des internes et rétablir des conditions de confiance avec l'équipe soignante.

D'autres intérimaires sont des médecins du service public qui ont diminué ou non leur temps d'activité (par exemple en passant de PH temps plein à PH temps partiel) pour participer à ces missions particulièrement lucratives. Ceci constitue un véritable cercle vicieux : les médecins, en particulier les jeunes médecins diplômés, n'ont aucun intérêt financier ou professionnel à s'engager dans un service hospitalier avec le statut de praticien hospitalier moins rémunéré, beaucoup plus contraint en termes de permanence des soins, de responsabilités et de tâches organisationnelles.

Pour rappel, la mise en œuvre, depuis le 1er janvier 2018, d'un décret d'application de la loi de santé 2016 contraint les établissements publics de santé à plafonner les rémunérations des praticiens remplaçants recrutés dans les spécialités en tension (anesthésie, urgences, réanimation, obstétrique).

Le plafond était fixé à 1 404,05 euros brut pour 24 heures de travail en 2018. Il est de 1 287,05 euros pour l'année 2019 et doit passer à 1 170,04 euros à partir de 2020. A l'annonce de ces mesures, un collectif de médecins remplaçants – devenu ensuite le Syndicat national des médecins remplaçants des hôpitaux (SNMRH) – avait publié en mars 2018 sur son site Internet la « liste noire » des hôpitaux qui appliquent ce plafonnement, encourageant ses adhérents à ne pas aller y travailler.

Cette situation inacceptable a conduit certains établissements à ne pas avoir la possibilité de constituer leur ligne de garde notamment en période estivale. Il est désormais nécessaire de prendre les mesures pour faire en sorte que la « peur » change de camp, un contrôle strict doit s'exercer au niveau de la trésorerie hospitalière s'agissant du respect des plafonds cités dans l'arrêt.

Malgré le plafonnement des rémunérations introduit par décret en 2018, l'intérim médical continue de produire des effets délétères en fragilisant les hôpitaux qui y recourent. Il désorganise et déstabilise les équipes médicales et des comportements nouveaux sont par ailleurs observés, qui contribuent à fragiliser le statut de praticien hospitalier. L'intérim médical doit être rendu notablement moins attractif, en renforçant son encadrement dans les hôpitaux et leurs services d'urgence et certaines pratiques, être sévèrement sanctionnées pour les praticiens à temps plein cumulant des emplois, en opérant des contrôles des sources de revenus par le comptable public.

**Recommandation n°19** Rendre obligatoire la production d'une attestation sur l'honneur certifiant que le praticien travaillant pour une entreprise intérimaire ou recruté directement par un hôpital en tant que contractuel, ne contrevient pas aux règles sur le cumul d'emploi public.

*La mesure n°9 du Pacte de refondation des urgences vise justement à lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical.*

Il est nécessaire d'établir un contrôle renforcé de ces pratiques. Cependant, l'interdiction complète de l'intérim se révélerait à court terme une arme à double tranchant bloquant très rapidement le fonctionnement de nombreux services. Une mesure rendant l'intérim financièrement moins intéressant et lui supprimant certains avantages de la collaboration au service public (responsabilité

professionnelle par exemple) paraîtrait adaptée. Ainsi la nécessité, lorsqu'on exerce dans l'intérim, de disposer d'une assurance personnelle notamment pour les médecins à temps partiel dans le service public, rapprochant ainsi cet exercice d'un exercice libéral pourrait limiter les avantages qui aujourd'hui découlent de ces abus.

Si la mixité d'exercice entre la ville et l'hôpital et la diversification des parcours professionnels sont facilitées et encouragées par la stratégie « Ma Santé 2022 », les comportements contraires à l'éthique professionnelle ne sont pas acceptables. Ils doivent par conséquent être empêchés. Une responsabilité civile professionnelle personnelle sera rendue obligatoire pour tous les praticiens qui exercent une activité en dehors de leur établissement d'affectation.

**Recommandation n°20** Rendre obligatoire pour chaque employeur de disposer d'une attestation de responsabilité civile professionnelle et personnelle dans le cadre des dispositions relatives à la modernisation de l'emploi médical hospitalier.

*La mesure n°9 du Pacte de refondation des urgences prévoit également une telle obligation.*

Il est également indispensable de mobiliser des dispositifs alternatifs de mutualisation et de coopération, comme par exemple la constitution d'équipes territoriales de médecins urgentistes.

#### 4.3.2 Encourager et développer une alternative publique à l'intérim, attractive pour les personnels médicaux

Malgré les réserves décrites plus haut sur l'intérim, il est nécessaire de renforcer de manière structurée les services en grande difficulté. Pour cela, une collaboration organisée par le service public, dans le territoire de santé ou la région, peut être envisagée tel que constaté par la mission en région Hauts de France. Cette solidarité basée sur le volontariat ne peut être attractive que si elle s'accompagne d'une valorisation financière intéressante, permettant à des praticiens hospitaliers qui veulent voir augmenter leur niveau de rémunération d'aller travailler officiellement dans des services d'urgence manquant de personnels. Contrairement à l'intérim privé, la transparence est totale : les tarifs en sont connus, les charges sont partagées entre les établissements, la mission de service public est assurée par des personnels compétents et le dispositif est contrôlé par l'ARS. Un tel dispositif surtout s'il s'accompagne d'une baisse d'attractivité de l'intérim « cannibale » peut permettre à ceux qui le désirent de trouver un complément de salaire tout en restant dans un cercle vertueux du service public. Cette organisation a été déjà mise en place dans certaines régions avec succès.

Afin de substituer à l'intérim médical la mission préconise une incitation à l'entraide entre hôpitaux, des organisations coordonnées entre établissements de santé pourront être mises en place à l'échelle des territoires. Elles pourront rassembler des médecins hospitaliers disposés à intervenir au-delà de leurs obligations de service dans d'autres établissements du territoire engagés dans la démarche.

Cette formule de mutualisation permettra d'organiser l'entraide entre les établissements de manière attractive pour les praticiens, puisque les praticiens volontaires percevront, outre l'indemnité de sujétion de garde et la rémunération des plages de temps de travail additionnel, la prime d'exercice territorial, soit une rémunération qui devrait être supérieure au plafond légal de l'intérim médical.

**Recommandation n°21** Promouvoir le développement de la mutualisation inter-hospitalière et modéliser le cadre conventionnel et indemnitaire qui devrait être supérieur au plafond légal de l'intérim médical.

*La mesure n°9 du Pacte de refondation des urgences prévoit également le développement de ces mutualisations.*

Des mesures complémentaires à mettre en œuvre pourraient par ailleurs être approfondies pour pallier la pénurie de médecins urgentistes et développer les passerelles entre spécialités afin d'encourager le décloisonnement des parcours professionnels:

- La pénibilité de la profession de médecin urgentiste comme pour toutes les spécialités en tension, est à l'origine de nombreuses réorientations professionnelles vers d'autres spécialités comme la médecine générale, la médecine polyvalente, la gériatrie. A l'inverse, certaines spécialités proches de la médecine d'urgence peuvent être attirées par cet exercice, en particulier la médecine générale, pour une certaine durée, en complément ou non d'un exercice libéral. La réforme du troisième cycle réduit notablement ces passerelles et des alternatives doivent pouvoir être étudiées. Cela passe notamment par des facilités d'accès au deuxième DES et par la création d'une FST de médecine polyvalente ;
- En complément, il serait souhaitable d'adapter l'enseignement des DES de médecine générale et de médecine d'urgence afin de favoriser les croisements d'expériences : Il est notamment nécessaire de prévoir une expérience en régulation médicale pour les internes généralistes et, à l'inverse, de permettre aux DESMU volontaires d'acquérir une expérience en médecine générale ;
- Enfin, la réforme du troisième cycle a prévu, pour tous les DES, une procédure de « séniorisation » des internes en fin de cursus « docteurs juniors » qui permettra, dès qu'elle sera effective, d'apporter une réelle expérience de terrain à la fin de la phase de consolidation des DES, à travers une autonomie supervisée.

*Les enjeux liés à la formation des médecins urgentistes sont davantage expertisés par la mission dans le tome 2 du présent rapport.*

#### 4.4 L'amélioration du fonctionnement des urgences nécessite de fournir des outils permettant aux médecins de structurer une équipe et d'en prendre la direction

Il est apparu très clairement dans les auditions et visites sur site que l'organisation de l'équipe médicale est un sujet central pour l'attractivité et la qualité de la prise en charge. Dans les services où il y a plus de 50 % d'intérimaires, il n'y a pas vraiment d'équipes. Une juxtaposition de médecins accomplissant plus ou moins bien leurs missions crée des situations d'insécurité notamment du personnel paramédical qui perd confiance dans l'équipe médicale. A l'inverse, une équipe d'urgence où se dégage un chef de service exerçant un véritable *leadership* est un facteur de stabilité.

Il est nécessaire de fournir des outils permettant aux médecins de structurer une équipe et d'en prendre la direction :

- La mise en place d'un staff de service notamment le matin permettant de discuter des cas difficiles et donc de partager en équipe la charge qu'ils représentent. Les médecins des services d'aval des urgences sont invités à ce staff pour accélérer l'admission des patients ;
- L'organisation du temps de travail doit être basée sur la transparence des fonctions. Le chef de service est le garant de l'équité de la répartition des tâches, notamment des tâches considérées comme subalternes (gestion du flux « des urgences tout venant ») versus celles plus

spécialisées et valorisantes (la SAUV et les interventions SMUR). Une répartition équitable des tâches et un partage des responsabilités est facteur de stabilité et d'attractivité.

A l'instar des leviers<sup>39</sup> de la stratégie de transformation du système de santé, la mission préconise de reconnaître beaucoup plus l'exercice de responsabilités managériales en indemnisant les chefs de service (SU-SAMU-SMUR) et en valorisant les cadres de santé, sous les mêmes conditions de renforcement de leurs compétences managériales, socle de leurs fonctions pour qu'ils puissent fédérer leur équipe autour d'objectifs et de rôles clairs pour chacun et assurer l'accompagnement et le soutien aux équipes.

**Recommandation n°22** Reconnaître significativement l'exercice de responsabilités managériales en indemnisant les chefs de service et en valorisant les cadres de santé sous conditions de renforcement de leurs compétences managériales.

La reconnaissance pour les médecins du temps de travail non clinique consacré au management de l'équipe est indispensable pour attirer des professionnels vers cette prise de responsabilité collective.

D'autres points sont à améliorer :

- La mise en place d'une charte de service, d'un dispositif de gestion des conflits et d'une répartition équitable du travail pour prévenir la constitution de « clans » et la déstabilisation de l'équipe ;
- Dans les services où il existe plusieurs médecins postés et de garde, comprenant de jeunes praticiens et des internes, il est important d'identifier dans l'organisation au quotidien un responsable chargé de la coordination de l'équipe. Ce « coordinateur » des activités médicales est un élément essentiel pour assurer une juste répartition des tâches, servir de référent dans les cas les plus difficiles et pallier les dysfonctionnements qui pourraient survenir aussi bien dans l'équipe médicale que dans les relations avec l'équipe paramédicale. Une telle fonction pourrait être financièrement valorisée compte tenu de la délégation de responsabilité du chef de service qu'elle représente et de son importance pour maintenir la cohérence des prises en charges et l'efficacité de l'équipe H24 ; Elle peut aussi prendre en compte la future présence d'IPA des urgences pour fluidifier le fonctionnement du service.
- L'équipe d'urgence doit se sentir protégée :
  - Physiquement, par des agents de sécurité dans les services exposés à la violence ;
  - Juridiquement, en cas d'agression caractérisée. Elle nécessite aussi un accompagnement par l'établissement des personnels impliqués.

**Recommandation n°23** Mettre la compétence managériale au cœur des fonctions d'encadrement et garantir la prise en compte de l'exigence managériale dans l'accès aux postes d'encadrement

---

<sup>39</sup> Chantier conditions d'exercice à l'hôpital-Rapport final STSS- Aurélien ROUSSEAU- Président-directeur général de la Monnaie de Paris- Appui de Christine D'AUTUME- Inspectrice générale des affaires sociales

## 4.5 La gradation des services d'urgences et le développement de transports paramédicalisés urgents permettraient d'optimiser l'organisation des structures

### 4.5.1 Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge par le développement d'une réponse adaptée aux besoins

L'organisation actuelle des soins urgents mobilise de très nombreux médecins urgentistes, qui constituent une ressource rare et très bien formée pour prendre en charge efficacement l'urgence vitale.

La réglementation en vigueur impose systématiquement, sans prise en compte du contexte local, une permanence médicale spécialisée dans chaque service d'urgence et chaque SMUR. Dans un cadre démographique difficile, les établissements de santé peinent à remplir toutes les lignes de garde et sont parfois contraints à des fermetures inopinées de services qui désorganisent la couverture territoriale en soins urgents.

La réforme des autorisations d'activités de soins est considérée comme l'une des dix mesures phares du programme « Ma santé 2022 » et constitue un levier important de transformation. Ainsi, la réforme des autorisations contribuera à deux des trois engagements majeurs de « Ma santé 2022 » :

- Axe n°1 : Favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin ;
  - « Point 1.1 : Améliorer la qualité et la pertinence des prises en charge » ;
- Axe n°2 : Créer des collectifs de soins au service des patients ;
  - « Point 2.1 : Améliorer l'organisation des soins de proximité » ;
  - « Point 2.3 : Accompagner la réorganisation des hôpitaux pour qu'ils prennent place dans la nouvelle organisation des soins de proximité et garantissent des soins de qualité ».

Cette réforme doit permettre l'émergence d'une logique globale de gradation territoriale de l'offre de soins tout en s'appuyant, dès que possible, sur des systèmes de seuils d'activité.

Les décrets n°95-647 et 95-648 de mai 1995 puis les n°97-615 et 97-616 de mai 1997 ont structuré la médecine d'urgence en la répartissant en UPATOU, SAU et SMUR avec l'objectif d'amener les dispositifs d'urgence au plus près du patient :

- Les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) au niveau d'équipement le plus élevé qui devaient pouvoir traiter tous les types d'urgence ;
- Les unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) qui prennent en charge des cas plus simples ;
- Les pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) capables de prendre en charge exclusivement des enfants ou des urgences lourdes dans des domaines spécifiques comme la cardiologie ou la chirurgie de la main.

Les décrets de 2006<sup>40</sup> suppriment la distinction entre UPATOU et SAU avec l'objectif d'assurer une prise en charge identique en tout point du territoire. Les ex-POSU sont désormais décrits en dehors des modalités pour les structures des urgences, à l'exception des POSU pédiatriques, dénommés structures d'urgences pédiatriques.

Le décret n°2018-427 du 31 mai 2018 relatif à l'organisation de lignes de garde communes entre structure des urgences et structure mobile d'urgence et de réanimation, modifie l'article D. 6124-11 du code de la santé publique pour préciser et sécuriser les conditions d'organisation de lignes de garde communes entre le SMUR et la structure des urgences (SU), ainsi qu'introduire la possibilité pour les établissements autorisés, lorsque la faible activité du SU et du SMUR le permet, de recourir à une astreinte médicale (par un médecin de l'établissement) afin d'assurer cette activité.

Les auditions menées par la mission, font état d'une attente d'une meilleure utilisation du temps médical à travers une organisation plus graduée reposant sur des services d'urgence mieux adaptés aux fluctuations d'activité avec possibilité d'antennes d'urgences ouvertes sur une partie des 24H.

Les difficultés de fonctionnement que rencontrent les services d'urgences, notamment pour assurer leurs lignes de garde, sont régulièrement évoquées tant par les professionnels de santé et les ARS que par le grand public.

Le chantier du droit des autorisations de médecine d'urgence s'est ouvert en octobre 2018 sous le pilotage de la DGOS et a été l'occasion d'aborder et d'approfondir les modalités de création d'une structure non-H24 de médecine d'urgence acceptable par les acteurs.

L'antenne de médecine d'urgence qui ne sera pas une structure des urgences, aura la capacité de prendre en charge tous les soins urgents, y compris l'urgence vitale, et constitue un point d'offre dans le maillage de l'accès aux soins urgents (présence de médecins urgentistes). Elle dispose, à ses heures d'ouverture, du même équipement et des mêmes accès (biologie et imagerie) qu'un SU. Cette antenne sera soumise à un affichage spécifique indiquant « antenne de médecine d'urgence » ainsi que ses horaires d'ouverture dont le minimum fait l'objet d'un encadrement prévu dans le droit des autorisations (ouverture en continu 7/7, amplitude horaire minimale).

Le groupe de travail qui ne s'est plus réuni depuis juillet 2019 a montré des divergences vis-à-vis des schémas d'autorisation proposés, que la mission juge surmontables. Il y a lieu donc de mener les concertations nécessaires et de finaliser les travaux concernant ces points qui sont précisés dans le Tome 2.

**Recommandation n°24** Définir dans le cadre du droit des autorisations de médecine d'urgence une organisation plus graduée reposant sur des services d'urgence mieux adaptés aux fluctuations d'activité avec possibilité d'antennes d'urgences ouvertes sur une partie des 24 heures

*La mesure n°7 du Pacte de refondation des urgences vise à mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence dont les modalités sont précisées dans le Tome 2 du rapport de la mission.*

---

<sup>40</sup> Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

#### 4.5.2 Préserver les SMUR et le maillage territorial pour les urgences vitales tout en exploitant efficacement les ressources médicales et paramédicales

Les SMUR sont un élément essentiel du maillage du territoire pour répondre aux urgences vitales. Dans les difficultés actuelles de recrutement de personnels, ils sont bien souvent une variable d'ajustement. Lorsque le SAU est en tension, compte tenu de la mutualisation des postes SAU/SMUR, il s'en suit bien souvent une autolimitation par les équipes des sorties SMUR qui consomment du personnel médical et paramédical. Des difficultés importantes à remplir toutes les lignes de garde pour garantir une couverture territoriale en soins urgents ont conduit certains établissements à prioriser le maintien du SAU y compris en mode dégradé, au détriment du SMUR. Le maillage territorial par les SMUR reste pourtant une nécessité absolue pour assurer la qualité de la prise en charge des urgences vitales.

A l'heure actuelle, il s'agit en effet du maillon techniquement le plus résistant du système d'urgence dont les personnels affectés sont utilisés par défaut pour renforcer les SU. Alors que l'activité des services d'urgence augmente et que les conditions de travail s'y dégradent, les filières spécialisées de soins (syndromes coronariens aigus, accidents vasculaires cérébraux, polytraumatisés...) restent particulièrement performantes et enregistrent de bons résultats. Ces patients restent même actuellement prioritaires et bénéficient d'une quantité et une qualité de soins adaptée.

La continuité du maillage territorial pour les interventions primaires des SMUR se heurte à la nécessité de transport inter hospitaliers (« secondaires ») surtout en région. Les transports longue distance mobilisent pendant de longues heures les équipes de primaire et « découvrent » le territoire.

Ces transports peuvent bénéficier de mesures :

- Le développement des transports inter hospitaliers par HéliSMUR (ou héliportés) sous réserve de la possibilité météorologique et technique de les réaliser, peut être un facteur d'amélioration importante de la couverture opérationnelle et de la diminution du temps d'occupation des équipes ;
- Le développement des TIIH (transport infirmier inter hospitalier) par la mobilisation de professionnels ayant l'habitude des patients graves et de leur surveillance. Sur 791 215 sorties de SMUR en 2018, seules 20 276 sorties terrestres dans le cadre de transports infirmiers ont été réalisées comparativement aux 143 839 sorties terrestres secondaires effectuées par les SMUR ;
- Une organisation territoriale des TIIH pour ne pas en faire reposer la charge sur les établissements ne disposant que d'une seule ligne de SMUR. Cette organisation reposerait sur une logique centripète (l'établissement receveur – CHRU, gros CH – vient chercher le patient).

L'amélioration de la couverture territoriale SMUR des zones dites blanches pourrait être assurée par le développement des médecins correspondants de SAMU (ou d'organisations équivalentes), qui est l'option à privilégier dans les territoires isolés ou d'accès difficile.

Le remplacement des médecins SMUR par des infirmiers (IDE ou IADE) pour effectuer des interventions primaires est actuellement rejeté par les représentations professionnelles et scientifiques des médecins urgentistes. Des dispositifs dégradés ont été utilisés dans certains territoires, très souvent pour pallier des fermetures forcées de lignes SMUR. Il importe donc d'être prudent concernant le développement de ces équipes mobilisées pour des interventions primaires.

La mission préconise que cela ne puisse s'envisager que sur décision médicale du régulateur du SAMU dans des situations à définir par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).

Enfin, les transports paramédicalisés sont mieux acceptés par les professionnels dans le cadre d'une intervention dite « primo-secondaire » : l'équipe médicalisée du SMUR prend en charge le patient sur place, comme une mission primaire. Après examen et mise en place du traitement, le médecin prend la décision de confier le patient stabilisé à l'infirmier de l'équipe pour réaliser le transport vers l'établissement de santé déterminé par la régulation médicale pour l'admission.

Le médecin reconstruit ensuite dès son retour au SU, avec un autre infirmier, une équipe SMUR complète et immédiatement opérationnelle pour couvrir le territoire. Cette stratégie permet une économie importante de temps médical et limite l'indisponibilité du SMUR. Elle peut correspondre à une des missions des IPA d'urgence mais peut aussi, en fonction des protocoles établis, mobiliser des IADE, voire des IDE.

La réglementation en vigueur impose systématiquement, sans prise en compte du contexte local, une permanence médicale spécialisée dans chaque service d'urgence et chaque SMUR. Dans un cadre démographique difficile, les établissements de santé peinent à remplir toutes les lignes de garde et sont parfois contraints à des fermetures inopinées de SMUR qui désorganisent la couverture territoriale en soins urgents.

La mission préconise de mieux utiliser le temps médical à travers une meilleure organisation utilisant au mieux les compétences des équipes SMUR existantes

**Recommandation n°25** Étudier un cadre permettant de mieux utiliser la ressource médicale et soignante en faisant évoluer la stratégie des interventions et des transports.

*La mesure n°7 du Pacte de refondation des urgences vise à mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en réformant les transports médicalisés dont les modalités sont précisées dans le Tome 2 du rapport de la mission.*

#### 4.6 La relation avec les patients et leurs accompagnants doit être améliorée afin, surtout, de mieux les informer

En général, les patients ne se plaignent pas directement des équipes d'urgence qu'ils voient débordés par les activités de soins mais l'absence d'information, notamment sur l'attente et le déroulement des soins est mal vécue. La salle d'attente de l'établissement est un espace - temps qui permettrait l'information des patients et de leurs accompagnants sur les possibilités de prise en charge alternatives au SAU. L'interdiction de « publicité » sur les activités médicales doit être ré-envisagée pour permettre une information concernant les sites de consultations non programmées à proximité. D'autres messages pourraient relayer des campagnes nationales sur :

- Le fonctionnement du système d'urgence et les soins non programmés très mal connus du public ;
- Le juste soin et la surconsommation médicale ;
- D'autres problèmes de santé publique ...

Une attention particulière doit être prêtée au contact avec les accompagnants des patients. Dès la salle d'attente, la présence de facilitateurs ou de médiateurs déjà en place dans certains établissements visités par la mission, de représentants des associations de patients ou de personnels

dédiés tels que les Jeunes Volontaires du Service Civique, aide à établir un relationnel de confiance et améliorer le vécu la période d'attente. De la même façon, il peut être important d'afficher le temps d'attente pour les patients ainsi que les règles de fonctionnement du service. Le statut des accompagnants y compris pendant les soins peut être précisé pour éviter qu'ils ne gênent les soins ou qu'ils soient à l'origine de conflits. Dans le cadre d'une meilleure compréhension du système d'urgence, il est important d'informer le patient bénéficiant du tiers payant et son entourage du coût réel de la prise en charge.

#### 4.7 Les agressions doivent être combattues plus fermement, en actionnant un certain nombre de leviers

Les établissements de santé – et particulièrement leurs services d'urgences – doivent faire face à des phénomènes de violences, qui vont de l'incivilité à l'agression (verbale comme physique) plus ou moins intense. Cela est le fait non seulement de personnes sous l'emprise de l'alcool, de médicaments, de produits stupéfiants, mais aussi de tout un chacun dès lors que le stress, l'anxiété ou la souffrance peuvent altérer les comportements. D'une façon générale, les relations entre les soignants, les soignés ou leurs accompagnants peuvent dégénérer très violemment et rapidement à la suite d'un différend voire d'une simple incompréhension, détériorant *de facto* la qualité des soins prodigués et impactant les conditions de travail des professionnels. C'est pourquoi ces violences doivent être combattues. Si les mesures de désengorgement des urgences peuvent y contribuer, un renforcement des leviers des établissements s'avère indispensable.

Le premier levier consiste à instaurer une régulation par l'attente en fonction du degré d'urgence évalué par le personnel. L'individu malade et son entourage estiment le plus souvent que leur cas particulier est une urgence qui doit être traitée rapidement. L'agressivité découle de l'inquiétude engendrée par le problème de santé et de la difficulté de négocier avec le personnel ce qui doit être fait et à quel moment. Les patients, et leurs proches, ne savent pas à quelle heure ils vont voir le médecin, quel est le degré de gravité de la pathologie, quel traitement peut être proposé. Or, l'attente dans un service d'urgence avant de voir un médecin peut durer plusieurs heures, et ensuite si le malade a besoin d'examen complémentaires, d'un traitement ou d'une hospitalisation, elle peut se prolonger.

Face à l'augmentation de la violence, la loi protège de façon spécifique (depuis 2003) les professionnels de santé (en leur accordant la même protection qu'à d'autres professions)<sup>41</sup> :

- Aggravation des peines quand la violence est dirigée sciemment contre un professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- Répression de la menace de commettre un crime ou un délit à l'encontre d'un professionnel de santé (contre sa personne, sa famille ou ses biens).

---

<sup>41</sup> « [...] personne investie d'un mandat électif public, d'un magistrat, d'un juré, d'un avocat, d'un officier public ou ministériel, d'un militaire de la gendarmerie nationale, d'un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'inspection du travail, de l'administration pénitentiaire ou de toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, d'un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, d'un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou d'un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation [...] » (article. 433-3 al.1 du code pénal).

- Répression aggravée en cas de menace de mort ou d'une menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes.
- Comme toute personne chargée d'une mission de service public, les professionnels de santé sont protégés aussi par la loi s'ils sont victimes d'outrages.
- Les conseils nationaux, régionaux et départementaux des ordres professionnels de santé peuvent devant toutes les juridictions exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de leur profession, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions.

**Recommandation n°26** Autoriser le chef d'établissement à déposer plainte et à se constituer partie civile, mesure devant s'appliquer tout comme pour les ordres professionnels de santé.

*La mesure n°11 du Pacte de refondation des urgences consiste à renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences notamment en autorisant le chef d'établissement à déposer plainte et à se constituer partie civile.*

En outre, la réglementation actuelle empêche une pleine mutualisation des fonctions (sûreté-incendie), qui permettrait d'employer de façon optimale les agents qui effectuent de la sécurité incendie, et inversement pour ceux qui effectuent des missions de sûreté. Par ailleurs, une telle mutualisation devrait s'accompagner d'une logique d'extension de compétence des pouvoirs des agents en charge de la mission de sûreté des personnes et des biens qui sont employés par les établissements publics de santé. Cette compétence est à ce jour très limitée (les agents ne disposent d'aucun pouvoir coercitif). Elle est donc inadaptée aux besoins actuels de sécurisation. La formation des agents est hétérogène en fonction de l'établissement et n'est surtout pas adaptée à la spécificité « santé ».

Cette idée a été reprise en partie par les députés Fauvergue et Thourot dans le rapport « D'un continuum de sécurité vers une sécurité globale » remis au Premier ministre en septembre 2018 (Proposition n°68).

À cet égard, s'agissant de la mise en place de la sécurisation des établissements de santé, en lien avec les travaux réalisés par la DGOS et l'ONVS, la mission propose que les agents de sûreté et de sécurité incendie des établissements publics de santé aient un pouvoir de constatation des infractions au même titre que les APJA (agent de police judiciaire adjoint - article 21 du code de procédure pénale), afin qu'il y ait une mise en mouvement de l'action publique plus simple et plus rapide. Cela serait principalement utile pour les injures, menaces physiques et menaces de mort, éléments verbaux qui sont sujets à contestation, mais qui affectent particulièrement les professionnels de santé.

**Recommandation n°27** Élargir les missions des agents de sûreté et de sécurité incendie des établissements publics de santé et donner un pouvoir de constatation des infractions en modifiant l'article 21 du CPP.

## **5 Enfin, un aval des urgences plus participatif permettrait de mieux anticiper l'accueil des flux de patients à hospitaliser après leur passage aux urgences**

L'aval des urgences a été identifié dans les précédents rapports<sup>42</sup> comme étant un des problèmes majeurs de l'organisation des services d'urgence. C'est toujours un problème préoccupant. Cependant il ne se résume pas à la conséquence de la réduction capacitaire des lits de l'hôpital public comme le prônent certains discours. L'aval des urgences doit être considéré dans une cinétique : il s'agit de construire des parcours de soins fluides allant depuis l'amont jusqu'aux soins de suite et à la réhabilitation. Il nécessite donc une implication de tout l'établissement.

Le service d'urgence paradoxalement est celui qui peut le moins intervenir dans ce domaine. Les urgences sont le lieu par excellence où les tensions entre services se révèlent au quotidien. Une étude menée dans un hôpital universitaire parisien présente les négociations que mène le personnel des urgences pour convaincre les autres services d'admettre leurs malades pour une hospitalisation.

Les personnes âgées peuvent aussi faire partie des malades difficiles à hospitaliser pour le personnel des urgences. Elles ont souvent des pathologies multiples, donc ne relevant pas clairement d'une spécialité, ni d'un service, et des maladies courantes. Comme elles sont plus fragiles, leur durée de séjour tend à être plus longue. Cela ralentit le taux de rotation des patients et retentit aussi négativement sur les indicateurs de gestion des services de soins de court séjour, qui sont incités à diminuer les durées moyennes d'hospitalisation. La difficulté d'hospitaliser les personnes âgées s'explique aussi par leur degré de dépendance quant aux activités de la vie quotidienne.

Celui-ci est en moyenne plus important que chez les patients jeunes, ce qui augmente le besoin en soins délivrés par les infirmiers et les aides-soignants. Enfin, une fois qu'un service de soins a accepté d'hospitaliser une personne âgée, il est confronté à un manque de places dans les services de rééducation et de long séjour ou dans les maisons de retraite, donc à des difficultés pour transférer le patient, si celui-ci a besoin de soins de suite, après que le traitement ait été mis en place. Le problème est aggravé pour les personnes âgées isolées car la famille n'est pas là pour prendre part aux décisions quant aux modes de sortie, et au financement des soins et de l'hébergement.

Pour pallier les difficultés à hospitaliser, de nombreux services d'urgence ont tenté des innovations organisationnelles en mettant en place une unité de médecine générale qui dépend directement du service des urgences qui permet d'hospitaliser le patient pour quelques jours. Cette durée est suffisante pour délivrer des soins et mettre en observation certains malades avant leur sortie ou pour les prendre en charge momentanément avant qu'un lit ne se libère dans l'hôpital. Ceci présente l'avantage de réduire le temps d'attente du patient aux urgences, de diminuer les transferts entre établissements, et de réduire le temps passé par le personnel à trouver un lit. La taille réduite de ces unités d'hospitalisation ne permet malheureusement pas toujours de faire face aux besoins.

---

<sup>42</sup> Rapport du Pr Pierre Carli Président du CNUH : Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences- Septembre 2013

## 5.1 Développer la confiance entre l'équipe des urgences et les services d'aval

Il est important que les services d'aval et notamment les services de spécialités aient un rapport de confiance avec les équipes d'urgence. Ce rapport est mis à mal dans les équipes qui sont constituées de nombreux médecins intérimaires dont les compétences et l'investissement dans l'établissement sont discutés. A l'inverse, l'implication des services de spécialités, dès le service d'urgence, par la réalisation par exemple d'un staff mixte permettant d'affecter au mieux les patients dans les services de l'établissement est une solution à envisager qui peut se révéler utile au quotidien pour satisfaire le besoin minimum journalier en lits. Associer les équipes des urgences à la contractualisation, peut être un vecteur de rapprochement du reste de la communauté médicale.

Le problème des relations avec les autres services de soins est accru par la faible reconnaissance des médecins urgentistes dans l'hôpital et dans la profession médicale. Les chefs de service n'ont pas toujours une légitimité suffisante pour introduire des changements dans l'organisation de l'hôpital. Dans les services qui ont du mal à recruter et retenir les praticiens, la rotation rapide des médecins sur ces postes prive le personnel d'une bonne connaissance de l'établissement et de son environnement, qui est pourtant si utile pour trouver les personnes à contacter et établir avec elles des relations de confiance réciproque. Le même manque d'attractivité peut se faire sentir au niveau des internes. Certains préfèrent faire leurs stages dans d'autres services, pour être en contact avec un plus grand nombre de malades relevant d'une seule discipline ou pour éviter des conditions de travail pénibles. Quand il n'y a pas de stabilité du personnel médical, les infirmiers ont un rôle essentiel à jouer de transmission du savoir soignant et de la connaissance de l'organisation. Les relations entre les urgences et leur environnement peuvent aussi être améliorées par le recrutement sur vacations de médecins généralistes libéraux installés dans les environs de l'hôpital.

## 5.2 Paramétrer le besoin d'aval pour l'anticiper

Une relative constance des flux d'hospitalisation depuis la structure des urgences au cours d'une année permet de calculer un nombre minimum de lits d'aval nécessaires pour lequel le risque de sur-réservation de lits, du point de vue du chef d'établissement, est faible au vu des flux constatés les années précédentes.

Les travaux effectués par l'ANAP avec la FEDORU en 2018 dans le cadre du CNUH ont permis d'identifier comme indicateur le Besoin Journalier Minimum en Lits (BMJL). Ce paramètre est accessible pour tous les hôpitaux publics. Il a été calculé à partir de RPU sur plusieurs années d'antériorité. Il permet d'avoir une idée statistique précise du nombre de patients qui tous les jours doivent être hospitalisés après prise en charge dans les urgences. Le BMJL est donc l'élément de paramétrage recommandé de l'aval. Il est important de préciser que les filières d'admission directe de spécialités doivent être prises en compte dans le calcul des besoins de l'aval des urgences. Ces filières qui ont l'avantage de ne pas faire peser ces patients sur la tension des SAU se révèlent cependant consommatrices en lits d'aval spécialisé. Cet outil d'aide à l'anticipation des tensions sur l'aval des structures des urgences, doit permettre de mobiliser l'ensemble des capacités du territoire pour prévenir ces tensions.

### 5.3 Contractualiser le flux d'aval avec les médecins « des étages »

Chaque groupement hospitalier de territoire (GHT) ou hôpital doté d'un service d'urgence devra avoir formalisé cet engagement institutionnel dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'il conclut avec son ARS. Cet engagement devra comporter la mise à contribution explicite, solidaire et transparente de l'ensemble des filières pour réserver, à l'aval des urgences, les places et les lits nécessaires à cette mission de service public. Il sera traduit dans le règlement intérieur de chaque établissement et décliné dans les contrats de pôle.

Les services qui adhéreraient à une telle politique et qui pourraient prouver le service rendu contractualisé, verraient leurs dotations en personnel paramédical et en personnel médical et en lits adaptés à la gestion du flux aval des urgences. Il est nécessaire que les GHT organisent en leur sein la réponse aux besoins de lits pour les hospitalisations non programmées, notamment depuis les services d'urgence. C'est ainsi qu'il sera demandé à chaque GHT de mettre en place un dispositif de gestion des lits dès 2020. Ce dispositif devra être rendu obligatoire par les décrets d'autorisation d'activité de médecine d'urgence à venir.

Si la mobilisation de tous les leviers organisationnels ne se révélait pas suffisante pour atteindre le nombre de lits disponibles nécessaires sur un territoire donné, la question des capacités en lits d'aval devra être étudiée en lien avec les ARS. La réouverture de lits ou la mise en place d'unités à capacité adaptable est envisageable, dans des établissements ciblés, pour fluidifier spécifiquement le parcours des soins d'urgence, et tout particulièrement dans certaines circonstances (période hivernale, épidémie, canicule ...) avant même l'utilisation de la réponse aux SSE.

**Recommandation n°28** Au-delà des parcours classiques d'hospitalisation, des solutions alternatives supplémentaires doivent être mises en œuvre telles que la diffusion généralisée de l'outil de calcul des besoins journaliers en lits, la contractualisation avec l'aval, l'instauration d'une cellule de gestion interne des lits dans tous les groupements hospitaliers de territoire.

*Cette recommandation correspond à la mesure n°12 du Pacte de refondation des urgences.*

### 5.4 Intensifier le rôle de la médecine polyvalente et de la médecine interne comme aval des urgences

De nombreux établissements ont créés des unités de Médecine Polyvalente qui assurent pendant 48 à 72 h la prise en charge de l'aval, avant une orientation vers d'autres spécialités ou le retour à domicile. Ces unités sont particulièrement importantes car elles admettent les patients qui ne relèvent pas directement des spécialités d'organes. Le sujet âgé poly-pathologique se retrouve donc préférentiellement dans cette cohorte. A l'heure actuelle, les unités de médecine polyvalente post urgence sont souvent gérées par des médecins urgentistes expérimentés.

En dehors de la gériatrie, dont la mission a développé (*cf. Supra*) le rôle essentiel et l'intérêt de la généralisation des admissions directes dans ces services, il est important d'identifier une spécialité qui soit porteuse, sur le plan médical et scientifique de l'aval des urgences. Dans le contexte actuel, c'est la spécialité de Médecine Interne qui est la mieux placée. Elle a révisé son programme de DES pour s'adapter. Les autorités universitaires et hospitalières de la Médecine Interne sont prêtes à s'investir. En effet, la majorité des maladies complexes qui sont prises en charge par la Médecine Interne relève maintenant de prise en charge ambulatoire et d'une surveillance en hospitalisation de jour. A l'inverse, les sujets âgés poly pathologiques ou non ont besoin d'une expertise médicale de

qualité pour gérer des problèmes complexes et multi organes. L'investissement de la médecine interne dans ce domaine, peut trouver là tout son intérêt.

Dans le cadre des GHT, les services de Médecine Interne existants qui contractualiseraient avec l'aval des urgences pourraient donc voir leurs moyens médicaux et paramédicaux et leur capacité d'hospitalisation adaptés aux flux de ces patients. Pour les GHT où la Médecine Interne n'est pas représentée, il faut créer un lien entre la Médecine polyvalente existante. Ainsi, la Médecine Polyvalente exercée par des médecins généralistes dans ces hôpitaux concentrerait l'aval des urgences et pourrait s'associer à la Médecine Interne. La création de formations spécifiques (notamment d'une FST de Médecine Polyvalente associée à la Médecine Interne), de postes partagés, et de parcours de soins communs irait dans ce sens. Cette association représente une opportunité importante qu'il faudrait saisir pour développer un « portage » de l'aval des urgences par une spécialité universitaire renommée et par un groupe de médecins motivés pour prendre en charge des patients poly-pathologiques et complexes.

## 5.5 Assurer « l'aval de l'aval »

Lorsqu'on considère l'aval des urgences, il est important d'inclure l'aval de l'aval. En effet, toute saturation conduit inéluctablement au blocage progressif du SU. Très logiquement l'aval de l'aval finit par constituer l'amont des SU, concrétisant ainsi le concept d'un système de soins dynamique et non d'une simple succession d'étapes du parcours.

Ainsi les rapports entre les urgences, le développement de l'hospitalisation à domicile et les services sociaux ainsi que des EHPAD doivent être favorisés. La dotation des services hospitaliers en assistants sociaux, en possibilité de créer des parcours de soins de rééducation ou d'affecter des patients à des établissements médico-sociaux dans des délais rapides sont des éléments de la fluidification du système. De même, le développement de places de jour de SSR, permettant une meilleure orientation des patients, est nécessaire afin d'éviter des hospitalisations conventionnelles non pertinentes.

## 6 Conclusion

La mise en œuvre des mesures identifiées à l'issue de la mission ne se fera pas sans mobilisation de moyens spécifiques. Si la situation aux urgences mérite une mobilisation d'ampleur, alors il est nécessaire de s'en donner les moyens. Les moyens, c'est d'abord le déploiement des mesures de la stratégie « Ma santé 2022 », le pilotage et le suivi du Pacte de refondation des urgences, le soutien opérationnel à celles et ceux qui vont devoir déployer les mesures proposées dans ce rapport. Ce sont aussi des moyens financiers complémentaires, pour que les actions proposées, notamment de valorisation des pratiques innovantes, puissent donner lieu à rétribution. Dépense à court terme, il s'agit là d'un des outils les plus puissants de maîtrise de la fréquentation de nos urgences à moyen terme. Une évaluation annuelle confiée à la DREES est souhaitable.

Notre conviction enfin, c'est que ces enjeux ne doivent pas être cantonnés à la seule sphère hospitalière. C'est là l'affaire de toute la communauté soignante. Chaque acteur doit se sentir partie prenante et responsable de ces enjeux. De ce fait, le renforcement sur ces sujets du dialogue entre les différents acteurs de la gouvernance hospitalière et ambulatoire dans chaque territoire est indispensable. Le pari de la responsabilisation plus forte de tous les acteurs doit aujourd'hui être fait, c'est le cas pour la communauté ambulatoire, qui sur le terrain, souligne, voire revendique, une attente d'une plus forte reconnaissance de son rôle dans les processus de prise en charge des soins

non programmés. C'est également le pari à faire avec les médecins urgentistes pour une éducation et orientation des patients ne relevant pas des urgences, vers la médecine ambulatoire et les médecins « des étages » pour une contribution structurée et volontariste de l'aval des urgences.

Le pacte de refondation des urgences est porteur de l'instauration d'une confiance réciproque entre ses participants. C'est la condition essentielle de la création d'un système nouveau et original, centré sur les besoins exprimés et réels des patients et permettant à l'ensemble des professionnels de santé, hospitaliers comme libéraux, de se mobiliser pour leur assurer les meilleurs parcours de soins, répondants aussi bien à l'urgence vitales qu'aux soins non programmés.

# RECOMMANDATIONS

## Améliorer la réponse aux besoins de soins non programmés en agissant sur l'amont des urgences

**Recommandation n°1 :** Généraliser la présence d'une MMG à proximité de tous les SAU de plus de 50 000 passages/an.

**Recommandation n°2 :** Systématiser le tiers-payant dans le cadre de la garde des médecins libéraux en MMG

**Recommandation n°3 :** Modifier les articles L. 6211 13 et L. 6211 18 du code de la santé publique afin de permettre la pratique de la biologie délocalisée dans les structures de premier recours pour les besoins de soins non programmés.

**Recommandation n°4 :** Permettre à la régulation médicale de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous dans le cadre de soins non programmés vers les maisons et centres de santé ou les maisons médicales de garde.

**Recommandation n°5 :** Favoriser les partenariats entre CPTS et GHT et mettre en place les modalités d'un dialogue efficace

**Recommandation n°6 :** Déployer les infirmiers en pratique avancée sur le suivi des maladies chroniques

**Recommandation n°7 :** Dans le cadre de protocoles de coopération, permettre aux professionnels de santé non médecins exerçant au sein d'une équipe de soins coordonnée, l'élargissement de leurs compétences pour prendre en charge les petites urgences.

**Recommandation n°8 :** Élargir le périmètre du modèle d'organisation des PASS pour prendre en charge les situations médico-sociales non urgentes.

**Recommandation n°9 :** Généraliser les outils d'aide à la décision comme la vidéo à distance dans tous les Centre 15

**Recommandation n°10 :** Mettre en place dans tous les territoires un service d'accès aux soins (SAS) pour répondre à toute heure à la demande de soins.

## Mettre en œuvre les mesures concernant les patients âgés constituant également un levier pour désengorger les urgences

**Recommandation n°11 :** Mettre en place des procédures d'admissions directes pour les personnes âgées en lien avec la cellule de gestion des lits.

**Recommandation n°12 :** Donner aux ARS les moyens d'organiser d'ici 2020 une généralisation de la présence d'infirmiers en EHPAD la nuit, sous forme d'une mutualisation entre EHPAD.

**Recommandation n°13 :** Compenser une partie du reste à charge en réduisant le coût de l'hébergement temporaire (HT) pour une personne âgée sortant des urgences ou d'une

hospitalisation, au niveau du montant du forfait journalier hospitalier, pendant un maximum de 30 jours.

**Recommandation n°14 :** Généraliser les équipes mobiles gériatriques (EMG) afin d'apporter l'expertise gériatrique sur les lieux de vie des personnes âgées (EHPAD et domicile) afin de prévenir les hospitalisations en urgence évitables.

<p><b>Améliorer la réponse aux besoins des structures d'urgences en agissant sur leur financement, les coopérations interprofessionnelles, l'optimisation et la valorisation de la ressource médicale et paramédicale et la protection des professionnels</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Recommandation n°15 :** Réformer le financement actuel des services d'urgence en modifiant l'article L. 162-22-6, concernant l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens du L 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 du même code, exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.

**Recommandation n°16 :** Déployer des protocoles de coopération en matière d'évaluation et de demande anticipée du bilan radiologique requis par l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation en lieu et place du médecin, pour les patients âgés de plus de 16 ans se présentant avec un traumatisme de membre isolé dans un service d'urgences, pour la réalisation d'examen de biologie et de sutures simples par les infirmiers exerçant en service d'urgences sur indication du médecin.

**Recommandation n°17 :** Créer des infirmiers de pratique avancée aux urgences et à termes dans l'ensemble des activités de la médecine d'urgence.

**Recommandation n°18 :** Établir des projections démographiques fines concernant les médecins urgentistes afin d'adapter le plus possible le nombre d'étudiants formés aux besoins.

**Recommandation n°19 :** Rendre obligatoire la production d'une attestation sur l'honneur certifiant que le praticien travaillant pour une entreprise intérimaire ou recruté directement par un hôpital en tant que contractuel, ne contrevient pas aux règles sur le cumul d'emploi public.

**Recommandation n°20 :** Rendre obligatoire pour chaque employeur de disposer d'une attestation de responsabilité civile professionnelle et personnelle dans le cadre des dispositions relatives à la modernisation de l'emploi médical hospitalier.

**Recommandation n°21 :** Promouvoir le développement de la mutualisation inter-hospitalière et modéliser le cadre conventionnel et indemnitaire qui devrait être supérieur au plafond légal de l'intérim médical.

**Recommandation n°22 :** Reconnaître significativement l'exercice de responsabilités managériales en indemnisant les chefs de service et en valorisant les cadres de santé sous conditions de renforcement de leurs compétences managériales.

**Recommandation n°23 :** Mettre la compétence managériale au cœur des fonctions d'encadrement et garantir la prise en compte de l'exigence managériale dans l'accès aux postes d'encadrement

**Recommandation n°24 :** Définir dans le cadre du droit des autorisations de médecine d'urgence une organisation plus graduée reposant sur des services d'urgence mieux adaptés aux fluctuations d'activité avec possibilité d'antennes d'urgences ouvertes sur une partie des 24 heures.

**Recommandation n°25 :** Étudier un cadre permettant de mieux utiliser la ressource médicale et soignante en faisant évoluer la stratégie des interventions et des transports.

**Recommandation n°26 :** Autoriser le chef d'établissement à déposer plainte et à se constituer partie civile, mesure devant s'appliquer tout comme pour les ordres professionnels de santé.

**Recommandation n°27 :** Élargir les missions des agents de sûreté et de sécurité incendie des établissements publics de santé et donner un pouvoir de constatation des infractions en modifiant l'article 21 du CPP.

<b>Améliorer durablement la réponse aux tensions au sein des services d'urgence en agissant sur l'aval des urgences</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Recommandation n°28 :** Au-delà des parcours classiques d'hospitalisation, des solutions alternatives supplémentaires doivent être mises en œuvre telles que la diffusion généralisée de l'outil de calcul des besoins journaliers en lits, la contractualisation avec l'aval, l'instauration d'une cellule de gestion interne des lits dans tous les groupements hospitaliers de territoire.