

« 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 urgentistes¹.

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 ambulatoires².

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.

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

² 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 praticiens³. 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 classique⁴. 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 secondaires⁵.

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

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

⁵ 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 adhèreraient 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

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
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
3	AMELIORER LA REPONSE AUX BESOINS DE SOINS NON PROGRAMMES IMPLIQUE TOUT D'ABORD D'AGIR SUR L'AMONT DES URGENCES	23
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
4	LA REFONDATION DES URGENCES IMPLIQUE EGALEMENT D'AGIR SUR LEUR ORGANISATION, LEUR FINANCEMENT MAIS AUSSI LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	45
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	L'AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DES URGENCES NECESSITE DE FOURNIR DES OUTILS PERMETTANT AUX MEDECINS DE STRUCTURER UNE EQUIPE ET D'EN PRENDRE LA DIRECTION.....	52
4.5	LA GRADATION DES SERVICES D'URGENCES ET LE DEVELOPPEMENT DE TRANSPORTS PARAMEDICALISES URGENTS PERMETTRAIENT D'OPTIMISER L'ORGANISATION DES STRUCTURES.....	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	LA RELATION AVEC LES PATIENTS ET LEURS ACCOMPAGNANTS DOIT ETRE AMELIOREE AFIN, SURTOUT, DE MIEUX LES INFORMER	57
4.7	LES AGRESSIONS DOIVENT ETRE COMBATTUES PLUS FERMEMENT, EN ACTIONNANT UN CERTAIN NOMBRE DE LEVIERS	58
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
5.1	DEVELOPPER LA CONFIANCE ENTRE L'EQUIPE DES URGENCES ET LES SERVICES D'AVAL	61
5.2	PARAMETRER LE BESOIN D'AVAL POUR L'ANTICIPER.....	61
5.3	CONTRACTUALISER LE FLUX D'AVAL AVEC LES MEDECINS « DES ETAGES ».....	62
5.4	INTENSIFIER LE ROLE DE LA MEDECINE POLYVALENTE ET DE LA MEDECINE INTERNE COMME AVAL DES URGENCES	62
5.5	ASSURER « L'AVAL DE L'AVAL »	63
6	CONCLUSION.....	63
	RECOMMANDATIONS.....	65

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 2018⁶ 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 CRRRA 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.

⁶ 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 »⁷ 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 ;

⁷ 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 mission⁸, 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-

⁸ 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 stable⁹. 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 millions¹⁰.

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.

⁹ 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

¹⁰ 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 rapports¹¹¹² 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'amont¹³, l'articulation soins non programmés-médecine de ville et urgences ; la place des CTPS ; la régulation médicale¹⁴ ; 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 santé¹⁵.

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 pédiatriques¹⁶. 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.¹⁷ 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

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

¹² 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

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

¹⁴ 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

¹⁵ 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

¹⁶ Source : SAE 2018.

¹⁷ 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.

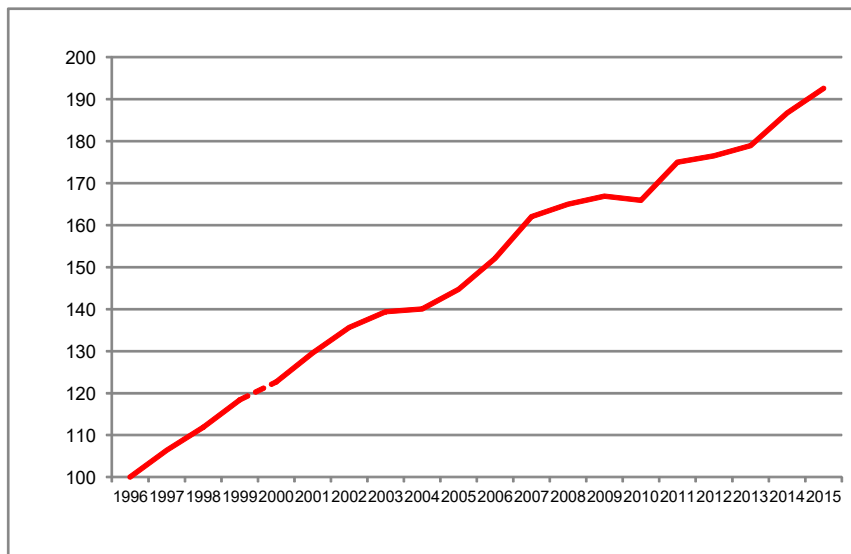
Tableau 2 : Evolution de l'activité des urgences

	2013	2016	2017	2018	Évolution 2013/2018	Évolution 2016/2018
URGENCES GENERALES						
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 %
URGENCES PEDIATRIQUES						
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 %
Nombre total de passages aux urgences	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 - Evolution 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 comptes¹⁸ 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'IRDES¹⁹, 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**

¹⁸ Rapport public annuel 2019 – février 2019

¹⁹ 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^{ème} 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* »²⁰ et « *Assurer le premier accès aux soins-Organiser les soins non programmés* »²¹ 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.

²⁰ Dr Jean-Yves Grall- Juillet 2015

²¹ 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'IRDES²², seulement la moitié des maisons de santé a signé l'ACI²³ 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.

²² Evaluation ACI : travaux non publiés IRDES

²³ 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	
Auvergne-Rhône-Alpes	4	9	4	1	2	26	6	52
Bourgogne-Franche-Comté	2	9	2	1	0	8	5	27
Bretagne	1	6	0	1	0	2	0	10
Centre-Val de Loire	1	7	0	1	2	4	0	15
Corse	0	0	0	0	0	0	0	0
GADELOUPE	0	0	0	0	0	1	0	1
Grand Est	0	9	1	2	1	49	3	65
Hauts-de-France	0	3	2	3	0	73	9	90
Ile-de-France	14	12	17	13	8	149	6	219
MARTINIQUE	0	0	0	0	0	1	0	1
Normandie	1	1	1	0	0	3	0	6
Nouvelle-Aquitaine	3	7	2	0	0	10	1	23
OCEAN INDIEN	0	0	1	0	0	0	0	1
Occitanie	1	8	3	2	0	19	0	33
Pays de la Loire	3	12	4	1	0	4	0	24
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2	2	3	0	1	23	5	36
Sous total 1	32	85	40	25	14	372	35	603
Sous total 2	157			39		407		

Source : Observatoire des centres de santé

L'ordonnance²⁴ 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.

²⁴ 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 CNOM²⁵ 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

²⁵ 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 travaux²⁶ conjoints

²⁶ 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 2019²⁷ 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).

²⁷ 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 ²⁸ 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

²⁸ 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 2014²⁹ 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.

²⁹ 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 (PDSSES) 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 greève 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 %³⁰ des passages aux urgences générales des établissements de santé.

³⁰ Données SAE 2018

Le service d'urgence est encore trop souvent la porte d'entrée principale de l'hospitalisation des personnes âgées. En 2017³¹, 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 ans³². 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 prescription³³.

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 urgences³⁴. 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 soins³⁵, 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

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

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

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

³⁴ CNAM – rapport Charges et produits 2018

³⁵ 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 adressages 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 :

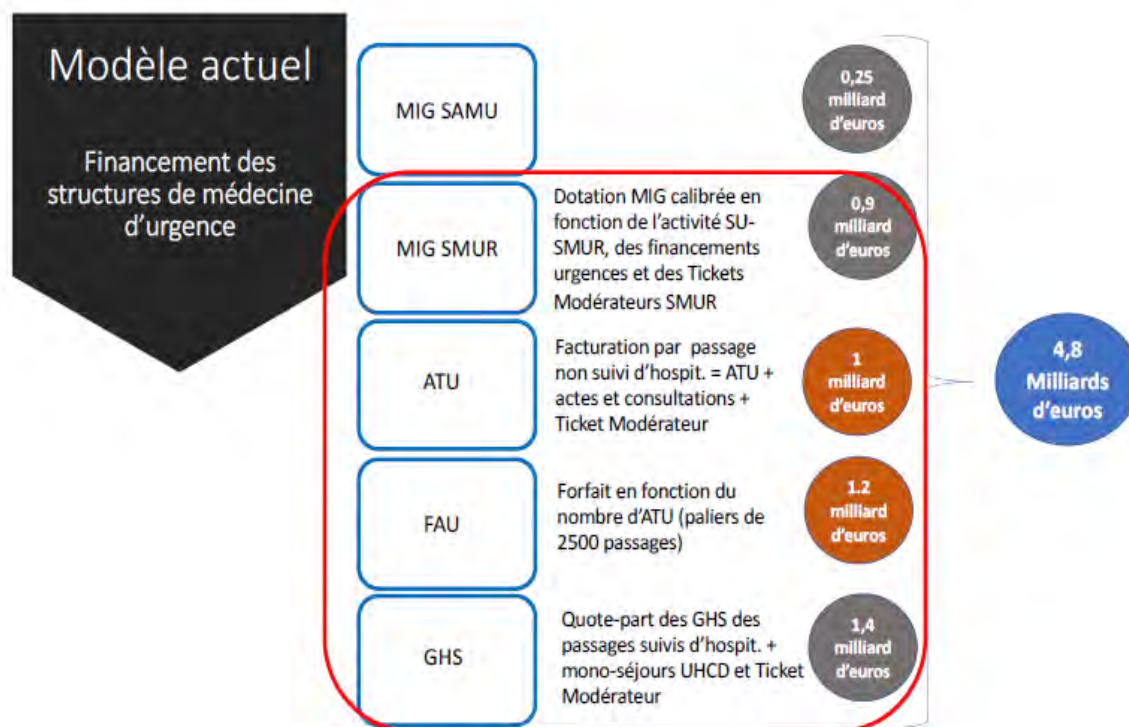
- Une recette basée sur un forfait de 23 € pour les ATU (accueil et traitement des urgences), l'ATU est calibré par passage et ne prend pas en compte la lourdeur des prises en charges. Actuellement les patients lourds sont sous-financés (CCMU3, 4 ou 5), les cas légers ne relevant pas de l'urgence (CCMU 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 comptes³⁶, le coût d'un passage aux urgences hors hospitalisation et examens complémentaires est de 148 euros³⁷ 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

³⁶ Rapport public annuel 2019-février 2019

³⁷ 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 chargée 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'examen 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 »³⁸, 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.

³⁸ 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'arrêté.

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 mis 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 leviers³⁹ 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

³⁹ 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 2006⁴⁰ 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.

⁴⁰ 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 reconstitue 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 connu 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'examens 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)⁴¹ :

- 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).

⁴¹ « [...] 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 rapports⁴² 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.

⁴² 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 adhèreraient 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.

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

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'exams 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.

Améliorer durablement la réponse aux tensions au sein des services d'urgence en agissant sur l'aval des urgences

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.



« Pour un Pacte de Refondation des
Urgences »



TOME 2



LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS

LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS	71
1 INTRODUCTION	73
2 DEFINITION, OBJECTIFS	76
2.1 LA DEFINITION DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS EST GUIDEE PAR SES OBJECTIFS	76
2.2 ASSURER UN CONTINUUM DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS AMBULATOIRES NON PROGRAMMES QUI NE SE SUBSTITUE EN AUCUN CAS AU RECOURS AU MEDECIN TRAITANT	78
2.3 UN PERIMETRE DES MISSIONS ET UNE ORGANISATION OPERATIONNELLE DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS QUI QUESTIONNENT DANS LA CONSTRUCTION DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS.....	79
2.3.1 <i>La question de la généralisation et de l'élargissement du 116 117 à H24 doit être posée.....</i>	<i>79</i>
2.3.2 <i>Le modèle 112/116-117 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112 pour l'ensemble des appels d'urgence et d'un numéro 116-117 dédié à la prise en charge de la permanence et de la continuité des soins par la médecine générale via une régulation médicale</i>	<i>80</i>
2.3.3 <i>Le modèle 112/15/116-117 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112, le maintien d'un numéro 116-117 dédié à la prise en charge de la permanence et de la continuité des soins par la médecine générale et du 15 pour l'aide médicale urgente.....</i>	<i>84</i>
2.3.4 <i>Le modèle 112/113 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112 « secours » et d'un numéro générique 113 « santé » avec un niveau 1 unique transverse neutre de métier.....</i>	<i>85</i>
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
3.1 LE NUMERO UNIQUE AMU ET PDSA DEJA RECOMMANDE DANS DE NOMBREUX RAPPORTS	87
3.2 UNE PLATEFORME SAS TELEPHONIQUE SANTE QUI REPOSE SUR UN NUMERO BIEN IDENTIFIE POUR REPENDRE AUX BESOINS DE CHAQUE FRANÇAIS	88
3.2.1 <i>Une plateforme de premier niveau métier pour sécuriser l'orientation des appels dans des délais courts vers l'aide médicale urgente ou vers l'organisation des soins non programmés ambulatoires.</i>	<i>89</i>
3.2.2 <i>Des ressources hospitalières et ambulatoires évolutives pour un fonctionnement optimal de la plateforme SAS téléphonique.....</i>	<i>93</i>
3.3 LE PERIMETRE DU SAS DOIT REPENDRE PROGRESSIVEMENT A L'ENSEMBLE DES BESOINS DE SANTE	94
3.4 MIEUX STRUCTURER LES RELATIONS SAS - AMU - CENTRE DE TRAITEMENT DE L'ALERTE DES SDIS GARANTES D'UN PARTENARIAT RENFORCE	96
3.5 BATIR UN SERVICE D'ACCES AUX SOINS POUR ORIENTER LES PATIENTS VERS CETTE ORGANISATION PLURI-PROFESSIONNELLE DE SANTE ORGANISEE.....	99
3.5.1 <i>Par une évolution des modalités d'exercice de la régulation des soins ambulatoires</i>	<i>99</i>
3.5.2 <i>Le SAS : une éducation, une information et une orientation vers l'organisation territoriale de la réponse aux SNP</i>	<i>102</i>
3.6 UN SERVICE EN LIGNE, NATIONAL, QUI A POUR CIBLE D'OFFRIR LE MEME CATALOGUE DE RESSOURCES DANS CHAQUE TERRITOIRE.	103
3.6.1 <i>Une plateforme digitale grand public qui doit être conçue avec un accès direct des professionnels de santé</i>	<i>104</i>
3.6.2 <i>Une nécessaire adaptation aux réalités territoriales qui doit s'inscrire dans la modernité et la promotion de la e-santé.....</i>	<i>105</i>

3.7	LA REUSSITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU SAS IMPOSE UNE GOUVERNANCE TERRITORIALE VILLE-HOPITAL STRUCTUREE ET BASEE SUR NOUVELLE APPROCHE FEDERATIVE DES ACTEURS.....	106
3.8	LA DELEGATION DU NUMERIQUE EN SANTE DU MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE ET L'ASIP SANTE PEUVENT CONCEVOIR ET DEPLOYER LE SAS NUMERIQUE TOUT EN RESPECTANT LE CADRE ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE DE LA SANTE DEFINI DANS LA DOCTRINE DU NUMERIQUE EN SANTE	108
3.9	LA PLATEFORME TELEPHONIQUE SAS : UN DEPLOIEMENT PROGRESSIF DE LA SOLUTION CIBLE, NECESSITANT DES CONDITIONS ADEQUATES DE SECURITE ET UNE VIGILANCE SUR LES PLANS ORGANISATIONNEL, JURIDIQUE ET TECHNIQUE	111
3.10	UN CADRAGE ET UN SUIVI NATIONAL SONT INDISPENSABLES A LA MISE EN ŒUVRE D'UN SAS QUI REPONDE AUX OBJECTIFS FIXES.....	115
	3.10.1 <i>La mise en place d'un comité national de suivi constitue un premier vecteur structurant du cadrage du SAS.</i>	115
	3.10.2 <i>Un pilotage opérationnel rapproché doit s'assurer du respect de la mise en œuvre du service d'accès aux soins</i>	115
	3.10.3 <i>La mise en œuvre du service d'accès aux soins suppose une démarche par étape avec des contraintes</i>	117
3.11	LE CALENDRIER DE DEPLOIEMENT SUPPOSE UN PHASAGE EN PLUSIEURS ETAPES EN TENANT COMPTE DES ORGANISATIONS TERRITORIALES	119
4	LES IMPACTS FINANCIERS DU SERVICE D'ACCES AUX SOINS SONT DELICATS A EVALUER ET MERITENT UNE ATTENTION PARTICULIERE	123
4.1	L'IMPACT FINANCIER GLOBAL DES PLATEFORMES DIGITALE ET TELEPHONIQUE RESTE A CONSOLIDER	123
4.2	FINANCEMENT DES MOYENS DU VOLET HOSPITALIER ET DU VOLET AMBULATOIRE NECESSAIRES AU FONCTIONNEMENT DES PLATEFORMES TERRITORIALES.....	125
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

1 Introduction

Ces dernières années, l'activité des urgences n'a cessé d'augmenter en France comme partout en Europe. Le nombre de passages annuel a doublé en vingt ans (près de 21,9 millions en 2018) et le nombre d'appels reçus par les SAMU se situe actuellement aux alentours de 29 millions. Les raisons de cette situation sont multiples. Les urgences sont devenues pour certains patients, un point de passage systématique de tout parcours de soins, même non urgents, dans un système de santé où l'accès aux soins en ville est devenu de plus en plus difficile. Ainsi, avec un flux de patients mal orientés et la difficulté de trouver une place ou un lit en sortie des urgences, un engorgement croissant des services d'urgence est inévitable avec des tensions inhérentes à cette situation.

Le grand débat national sur l'organisation de l'Etat et des services publics dont la synthèse a été publiée en juin 2019, a fait remonter les difficultés de certains usagers pour accéder aux services publics de la santé. Ces services sont identifiés comme ceux qui doivent le plus évoluer et qu'il est nécessaire de renforcer dans les territoires.

Ce constat partagé de longue date par l'ensemble des acteurs du système de santé a conduit à des avancées en matière d'accès aux soins et de décloisonnement du système de santé, portées par la loi pour l'organisation et la transformation de notre système de santé⁴³ de juillet 2019 qui apportent des réponses à ces préoccupations (réforme des études en santé, négociations conventionnelles sur les assistants médicaux, partages de compétences dans le cadre de l'exercice coordonné, chantier du numérique en santé...).

Afin de traiter en profondeur la question des urgences et de trouver des solutions durables, une mission nationale a été confiée en juin 2019 par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé, au député Thomas Mesnier et au professeur Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH).

Les préconisations de cette mission ont conduit la Ministre des solidarités et de la santé le 9 septembre 2019, à arrêter un plan de refondation des urgences en 12 mesures clé⁴⁴ pour promouvoir des organisations nouvelles, soutenir les professionnels de santé et améliorer les soins pour tous sur le territoire national. Des moyens supplémentaires y seront consacrés sur la période 2019-2022.

La première de ces mesures est la mise en place d'un **service d'accès aux soins (SAS)** dans tous les territoires, reposant sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux. Ce service distant universel, vise à répondre 24h/24, 7j.7, 365J/an, à la demande de soins des français.

Des travaux complémentaires sont engagés pour définir les modalités d'organisation du SAS. Ainsi, une équipe projet composée de Laurent Bréchat, médecin libéral à la maison de santé pluridisciplinaire d'Avoine (Indre et Loire), Patrick Goldstein, médecin chef du SAMU 59, Alain Prochasson, médecin libéral à Metz et président de l'Association départementale de permanence des soins de Moselle et Vanessa Solviche, cadre de santé au SAMU 57 et infirmière de formation, installée le 3 octobre 2019 par la ministre des Solidarités et de la Santé, doit à l'issue de deux mois de

⁴³ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁴⁴ Les autres mesures se déclinent autour du déploiement d'une offre de consultations médicales et de prise en charge des soins non programmés complète en cabinet, maison et centre de santé (mesures 2 à 6), du renforcement de la qualité et de la sécurité des prises en charge dans les services d'urgence (mesures 7 à 11) et de l'anticipation des hospitalisations « non programmées » après passage au urgence (mesure 12).

concertation auprès des professionnels de santé, proposer différentes organisations possibles du SAS.

Parallèlement, une mission interministérielle de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour le sécurité, la santé et les secours (MARCUS) est diligentée⁴⁵ pour définir les actions à mettre en place après l'expertise et les propositions de la mission conjointe IGAS- IGA émises en 2018 sur la question de la simplification des appels d'urgence et une meilleure coordination entre les services de secours, de soins et de sécurité.

Le président de la République s'est engagé, lors de son discours de campagne de Nevers, le 6 janvier 2017 à la mise en place d'un portail national d'information en santé permettant à la population de disposer d'informations actualisées et fiables notamment sur l'offre de soins, les services et équipements disponibles, les modalités de prise de rendez-vous et les délais. « *Ce portail permettra de disposer d'informations actualisées et fiables sur les maladies, les médicaments, les services publics à proximité, les modalités de prise de rendez-vous et les délais, parce que l'égalité d'accès à l'information, ce n'est rien d'autre, aussi, que l'égalité d'accès à la santé* ».

Le service d'accès aux soins(SAS) s'inscrit dans le cadre du Pacte de refondation des urgences, ce qui a été rappelé lors de la communication de la ministre des Solidarités et de la Santé du 9 septembre 2019 et du Comité de suivi du Pacte de refondation des urgences du 8 novembre 2019⁴⁶, notamment ses premiers axes :

- Un service universel, accessible à tous, sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel, en zone urbaine comme en zone rurale, participant ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales.
- Un garant collectif du bon fonctionnement de l'offre de soins de chaque territoire;
- Un service fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien également, avec les services de secours;
- Un principe et une garantie fixés d'extension de la régulation hospitalière à la régulation des soins de ville ;

Le SAS doit s'inscrire aussi dans les grandes orientations de la politique du numérique en santé déclinées au travers de la doctrine du numérique en santé et des valeurs d'éthiques fortes. A ce titre, il doit notamment s'appuyer sur les référentiels de données nationaux (données CNAM et répertoire opérationnel des ressources) et les référentiels documentaires en vigueur (interopérabilité, sécurité).

⁴⁵ Equipe pluridisciplinaire co-pilotée par le ministère de l'intérieur et le ministère des solidarités et de la santé

⁴⁶ Le groupe de suivi réunit les représentants des professionnels impliqués (sociétés savantes de médecine d'urgence, de médecine générale et de gériatrie, collège infirmier français, collège de la masso-kinésithérapie), de syndicats (SAMU-Urgences de France, association des médecins urgentistes de France, syndicats de médecins généralistes, syndicats de la fonction publique hospitalière), le collectif Inter-Urgences, les fédérations et conférences hospitalières, des représentants d'usagers ainsi que des agences régionales de santé (ARS), de la haute autorité de santé (HAS), de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de l'administration centrale du ministère. Y siègent également, au titre de la mission qu'Agnès BUZYN leur a confiée conjointement en juin dernier, le député Thomas MESNIER et le professeur Pierre CARLI, président du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH). Les représentants d'autres professions ou organismes y seront invités selon l'ordre du jour de chaque séance pour permettre l'implication de tous sur les différentes mesures.

Pour mener à bien ses travaux, la mission a réalisé de nombreuses auditions. Plus de 140 personnes ont été entendues.

Deux séances de travail ont eu lieu avec la mission interministérielle de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (MARCUS) en présence de La Direction générale de la Sécurité civile et de la Gestion des crises (DGSCGC) du ministère de l'Intérieur (Cf. *annexe1*).

La mission a pris en compte différentes initiatives pouvant se rapprocher du service d'accès aux soins. Afin de recenser et d'analyser les pratiques existantes dans des actions de soins non programmées menées dans certains territoires, la mission a pris le parti de mener des consultations les plus larges possibles. Elle a décidé aussi de se rendre sur le site de la plateforme d'appels d'urgence de Paris (PFAU). Elle a analysé des documents et les contributions écrites qui lui ont été adressées. Elle a également procédé par rencontres et contacts locaux pour échanger sur les expériences validées et les scénarios possibles de mise en œuvre du service d'accès aux soins.

Le rapport donne les éléments de guidage concernant le service d'accès aux soins en vue d'une première phase grande nature pour l'été 2020. Les mois et les années suivants permettront son incrémentation, en ajustant le dispositif en fonction des évaluations réalisées sur les bases d'indicateurs définis préalablement à sa mise en œuvre. Ce rapport met également en avant des initiatives marquantes qui, dès juin 2020, pourraient illustrer l'accès aux soins territorial, même si, à ce stade, les actions mises en œuvre n'en auront pas toutes les caractéristiques.

La définition du service d'accès aux soins est développée en première partie du rapport. Elle est centrée sur la réponse aux besoins en soins non programmés. Elle rend nécessaire un encadrement et accompagnement susceptibles de répondre aux exigences inhérentes à tout projet de cette ampleur et aux spécificités d'une organisation coconstruite par la médecine ambulatoire et hospitalière.

La mise en œuvre du service d'accès aux soins nécessite un cadrage national tenant compte de l'existant et d'une souplesse territoriale qui doit contribuer à terme à la réduction des inégalités sociales et territoriales. Elle doit être basée sur une gouvernance structurée et des données partagées, objet de la deuxième partie du rapport.

La troisième partie du rapport met en relief les conditions de réussite du service d'accès aux soins. Elle permet de prendre les décisions nécessaires pour la mise en œuvre du SAS.

En conclusion, la phase de préparation du service d'accès aux soins peut être achevée d'ici l'été 2020, en poursuivant la grande mobilisation de ses acteurs, en lançant un ambitieux chantier au sein de l'Etat pour la mise en œuvre rapide d'une plateforme numérique et téléphonique, des agences régionales de santé, pour une organisation concertée et volontariste de l'offre de soins non programmés au sein des territoires et pour rendre les changements effectifs, en joignant les efforts de tous, libéraux et hospitaliers, comme initié dans le cadre de Ma Santé 2022.

2 Définition, objectifs

Le rapport “Pour un Pacte de Refondation des Urgences” (Tome1) identifie une hausse continue du recours aux urgences correspondant pour partie à des prises en charge injustifiées. Cette tendance traduit les difficultés d'accès à des consultations simples non programmées et à organiser une permanence des soins effective en ville, par :

- Manque d'orientation initiale ;
- Défaut de réponse à la demande de soins non programmés en journée ;
- Manque d'effecteurs ;
- Défaut d'organisation intra-hospitalier ;

La mission a fait des recommandations pour que tous les usagers du système de santé puissent trouver des réponses aux demandes de soins sur l'ensemble du territoire et 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 avec ou non, l'engagement d'un SMUR ou d'un transport sanitaire. 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 global aux soins.

L'accès par la régulation libérale permettrait de distinguer les situations qui relèvent des structures d'urgences de celles relevant d'une prise en charge ambulatoire. Cette proposition centrée sur l'accès aux soins non programmés a été étudiée dans le cadre des travaux de la mission. Le pacte de refondation des urgences prévoit que la conception de ce projet majeur serait engagée avec l'ensemble des parties prenantes pour présenter une organisation cible concertée de ce nouveau service qui devra être effectif à l'été prochain.

2.1 La définition du service d'accès aux soins est guidée par ses objectifs

Le service d'accès aux soins est un outil de la nouvelle stratégie nationale de santé (SNS), dont le premier axe est de mettre en place un service universel, accessible à tous, sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel, en zone urbaine comme en zone rurale, participant ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Il participe à la réorientation du système de santé en faveur d'un engagement collectif au bon fonctionnement de l'offre de soins de chaque territoire et répond aux enjeux de santé publique.

Les objectifs de la mise en place de ce nouveau service permettant un accès aux soins non programmés (SAS) sont multiples :

- Répondre à la demande de soins des patients à l'échelle des bassins de vie en structurant l'ensemble de l'offre de soins ;
- Désengorger les services d'urgences hospitalières qui sont par défaut, un recours pour répondre à la demande de soins non programmés, face à un décalage croissant entre la demande et l'offre de soins ambulatoire ;

- Informer plus et mieux les usagers sur la disponibilité et l'offre de soins de proximité avec les outils numériques et répondre de manière adaptée à la demande de soins ;
- Renforcer et organiser le service public confié aux médecins face aux risques d'initiatives privées à but lucratif qui iraient à l'encontre d'un égal accès aux soins sur le territoire et contribuerait au désengagement des professionnels de santé ;
- Favoriser l'éducation et le bon usage du système de soins.

Le SAS est identifié comme la clef de voute d'une nouvelle organisation des réponses aux demandes de soins. Il doit reposer sur une co-construction ville-hôpital symbolisant un modèle organisationnel basé sur le respect mutuel.

Cette « nouvelle donne » dépasse largement le cadre de la simple plateforme de réception des appels et concerne autant la réflexion territoriale sur l'organisation des demandes de soins.

Le respect des prérogatives et champs d'actions de chacun sera l'un des piliers essentiels de ce modèle efficient pour les usagers comme pour les professionnels de santé.

Le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dont les missions socles concernent l'amélioration de l'accès aux soins non programmés et l'accès au médecin traitant modifiera à court ou moyen terme l'organisation territoriale.

Fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours, cette plateforme doit permettre aux citoyens dès juin 2020, de pouvoir accéder 24H/24 à distance à un professionnel de santé pour des réponses allant du conseil à la téléconsultation, ou l'orienter selon son état de santé, vers une consultation sans rendez-vous ou vers un service d'urgence, voire engager un SMUR ou un transport sanitaire (*Cf. Tome 1*).

Il doit répondre aux besoins des usagers sur tout le territoire y compris dans les « déserts médicaux » où le recours à un médecin traitant est difficile par manque de professionnels.

Distincte de l'aide médicale d'urgence, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) s'est substituée à l'obligation de garde médicale inscrite jusqu'en 2003 dans le code de déontologie médicale. Au-delà de la distinction juridique, la limite entre l'urgence vitale et la demande de soins relativement urgents qui peuvent relever de la PDSA ou du recours à des soins non programmés (SNP) s'avère difficile à fixer. En outre, cette modélisation de la réponse régulée sur les horaires de PDSA conduit trop souvent à utiliser celle-ci comme vase de débordement pour répondre à des demandes de soins non programmés qui auraient dû être prises en charge en journée

Le principe initial est une modification de paradigme permettant de considérer un véritable continuum dans cette prise en charge et d'oublier le principe de permanence de soins, totalement différencié de l'organisation diurne, pour aller vers le concept global de prise en charge des demandes de soins non programmés; la permanence de soins bien entendu s'intègre dans ce dispositif, elle est d'ores et déjà organisée et financée.

2.2 Assurer un continuum dans la prise en charge des soins ambulatoires non programmés qui ne se substitue en aucun cas au recours au médecin traitant

Avant de définir ce que sera le service d'accès aux soins, il convient de déterminer ce qu'il ne sera pas. Il ne substitue en aucun cas à la médecine de premier recours, à la médecine générale ou aux autres numéros d'accès aux soins non programmés tels que l'appel vers des maisons médicales de garde ou l'appel vers des maisons pluridisciplinaires de santé structurées ou l'appel vers d'autres structures.

L'offre de SNP est définie comme une organisation permettant à un patient d'avoir un rendez-vous chez un médecin généraliste le jour même ou dans les 24 heures. Elle inclut donc l'ensemble des besoins sur 24 heures, indépendamment de l'organisation de leur réponse. L'organisation en journée des réponses à la demande des SNP ambulatoires est fondamentale pour éviter qu'ils ne se déversent sur les horaires de PDSA. Elle ne se substitue pas non plus à des sollicitations directes par l'utilisateur des CPTS et de leur organisation et est également l'interface permettant à l'utilisateur un recours non programmé à un professionnel de santé (infirmières, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens).

La vocation du SAS est donc d'organiser, comme cela a été demandé par la ministre, un ensemble de réponses que l'on peut globalement subdiviser en deux sous chapitres, d'une part l'urgence médicale ou l'urgence santé, qui continuera à relever de ce que sont les SAMU et l'aide médicale urgente et les soins ambulatoires non programmés, d'autre part.

Il y a donc sur ce point un changement de paradigme. **Il s'agit d'assurer un continuum dans la prise en charge des réponses aux demandes de soins ambulatoires non programmés reposant sur une nouvelle organisation de jour complétée par celle de la permanence des soins ambulatoires.** 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.**

Plusieurs options sont possibles en matière d'accès téléphonique au SAS et de modalités de traitement des appels, et les organisations territoriales pourraient, sous couvert d'un guichet lisible pour l'utilisateur, varier dans leurs choix d'organisation. La mission a étudié plusieurs scénarios organisationnels pour définir le périmètre et l'organisation du SAS dont les conditions de réussite de mise en œuvre sont exigeantes. La mission s'est attachée à mesurer la robustesse des hypothèses de création du SAS au regard des impératifs suivants :

- Valeur ajoutée pour l'utilisateur;
- Compatibilité avec les principes fondamentaux et les trajectoires du projet;
- Adhésion des principaux acteurs concernés.

2.3 Un périmètre des missions et une organisation opérationnelle du service d'accès aux soins qui questionnent dans la construction du service d'accès aux soins

2.3.1 La question de la généralisation et de l'élargissement du 116 117 à H24 doit être posée

Le 116 117 correspond au numéro réservé par la commission européenne en 2009 pour l'accès au service médical de garde hors urgence. L'article 75 de la loi de modernisation de notre système de santé⁴⁷ de janvier 2016, instaure un numéro national d'accès à la permanence des soins ambulatoires et prévoit également que le directeur général de l'ARS décide du numéro privilégié d'accès à la PDSA dans sa région, le 116 117 ou le 15. Le principe du libre choix, plutôt que la fixation unilatérale de l'utilisation d'un numéro unique sur le territoire national est le fruit d'un compromis entre les médecins urgentistes et les médecins libéraux.

Le décret⁴⁸ de juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la PDSA précise que ce numéro est le 116 117 et que sa mise en service est constatée par arrêté au plus tard le 15 janvier 2018 sur le territoire national. Cet arrêté n'a pas été pris dans l'attente d'un arbitrage sur le devenir de ce numéro. Cette généralisation du 116 117 est par ailleurs souhaitée par l'ensemble des syndicats de médecins libéraux.

La publication au 31 décembre 2018, du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale souligne que selon l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes (MG), 43 % des médecins assurant des gardes considèrent que la création d'un numéro unique n'incluant pas l'AMU et les urgences hospitalières serait efficace pour améliorer le fonctionnement de la PDSA et 40 % qu'elle serait inefficace⁴⁹. En dehors des 3 régions pilotes 32 % des CDOM ont déclaré être favorables à la mise en place du 116-117⁵⁰.

Trois régions pilotes (Pays de la Loire, Normandie et la Corse) ont été choisies pour expérimenter le 116 117 et depuis le 5 avril 2017, le 116 117 est effectif dans ces trois régions pilotes. Elles ont obtenu des financements « Fonds d'Intervention Régional » (FIR) pour permettre ce déploiement dans les différents SAMU présents sur leur territoire. D'un point de vue technique, le 116 117 est acheminé sur tout le territoire national (à l'exception de Mayotte) et composable. Toutefois, ce numéro n'est pas connu de la population, jouit d'une faible notoriété et n'est dans les faits pas appelé au-delà des trois expérimentations régionales.

⁴⁷ Article L.6314-1 du code de la santé publique : « La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

« La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plateformes assurent une régulation médicale des appels. »

⁴⁸ Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 modifié relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires

⁴⁹ Source : Enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019

⁵⁰ Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Plus d'un tiers des départements possèdent également un numéro d'appel départemental ou régional à 4 ou 10 chiffres donnant accès aux plateformes de régulation médicale. Il est à préciser qu'à ces numéros peuvent également s'ajouter ceux des structures qui, comme SOS médecins, participent localement à la PDSA. Le 15 reste le mode d'accès privilégié à la régulation médicale et est disponible sur l'ensemble du territoire. Pour 13 départements, la régulation « déportée » depuis le domicile ou le cabinet du médecin est effective. Cette organisation permet une plus grande participation des médecins à la régulation, notamment en cas de contraintes géographiques.

De facto, dans la plupart des départements où il est déployé, il permet donc indirectement de joindre le SAMU, aux horaires de la PDSA, sans que l'appelant en ait nécessairement conscience au moment de composer le numéro. Dans les régions pilotes, les appels au 116 117 parviennent aujourd'hui le plus souvent dans les Centres 15 où ils sont décrochés par des ARM et traités comme des appels au 15. Le 116 117 présente donc avant tout l'intérêt de donner une indication sur la gravité d'un appel avant son décroché.

Selon la DGOS, la méthode de comptage des appels au 116 117 n'est pas harmonisée. L'expérimentation a été lancée au cours de la période de la réserve électorale réduisant ainsi de manière significative la communication. Malgré toutes ces imperfections et biais possibles, la hausse des appels au 116 117 sur la première année serait de 8 %.

Les données transmises sur l'évolution de cette activité l'année suivante sont très variables selon les départements : allant d'augmentations importantes des appels au 116 117 (+8 % dans le 44, +16 % dans le 72, +13 % dans le 2B, +21 % dans le 61) à une désaffection liée à l'absence de décision sur la généralisation du numéro (-17 % dans le 2A, -10 % dans le 49, -12 % dans le 85).

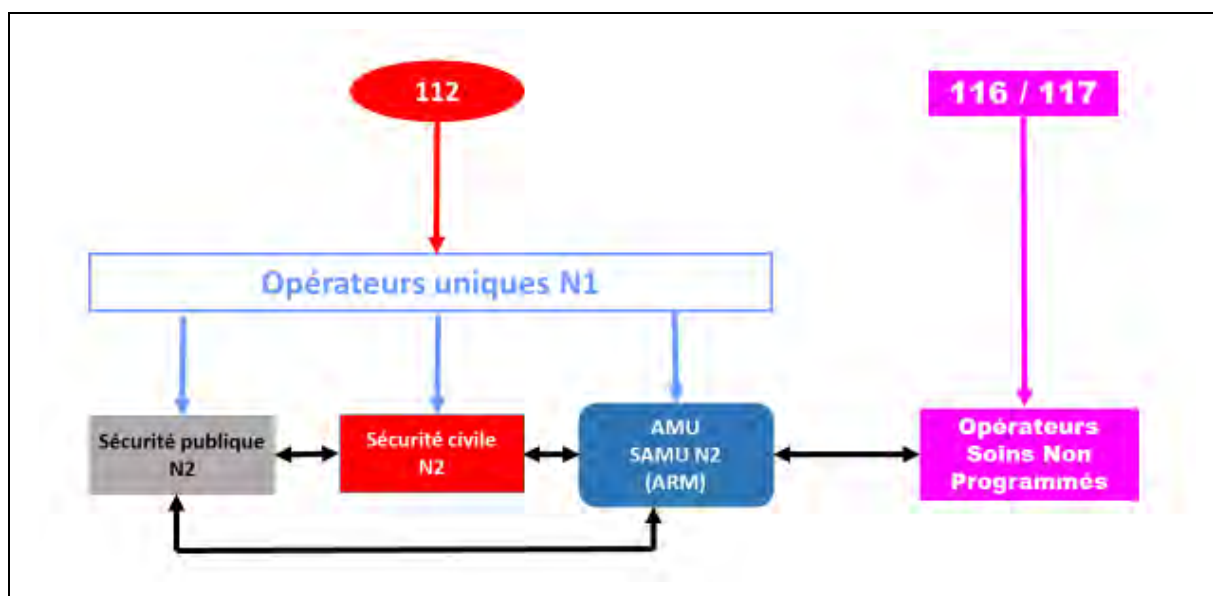
Permettre une régulation médicale par les MG des appels 24h/24, nécessiterait d'adapter le cadre juridique de la PDSA (actuellement il n'y a pas de distinction entre les horaires de la régulation médicale et l'effectif). Un article législatif modifiant l'article L.6314-1 du code de la santé publique serait nécessaire afin que le numéro national de la permanence des soins (116 117) ne soit pas réservé seulement à la PDSA mais devienne un numéro d'appel pour la continuité et la permanence des soins ambulatoires, en réponse aux demandes de soins non urgents.

2.3.2 Le modèle 112/116-117 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112 pour l'ensemble des appels d'urgence et d'un numéro 116-117 dédié à la prise en charge de la permanence et de la continuité des soins par la médecine générale via une régulation médicale

Dans ce scénario, le 112 devient numéro unique des urgences et les appels aux anciens numéros, qui ne sont pas supprimés tout de suite sont automatiquement réacheminés vers le 112.

Le 112, numéro européen pour les appels téléphoniques d'urgence, a été institué par une décision du Conseil du 29 juillet 1991, précisée par des directives en 1998 (sur la généralité et la gratuité du 112), 2002 et 2009 (sur le service universel des télécommunications).

Schéma 1 : Réception et le traitement des appels d'urgence (fusion du 15/17/18 dans le 112)



Source : Mission SAS

Sans préjuger du choix des numéros il convient d'analyser l'expérience du citoyen déclinée en matière de secours et de sécurité et également en matière de santé. La mission rappelle que les appels « Santé » représentent le plus gros volume d'appels d'urgence en France (Cf. tome 1). Selon le rapport IGA/IGAS d'octobre 2018⁵¹, « le nombre d'appels d'urgence sur le périmètre 15-17-18-112 s'établirait à environ 70 millions en 2016, répartis comme suit : 29,2 millions d'appels au 15, 22,3 millions d'appels au 17, 12,3 millions d'appels au 18 et 5,5 millions d'appels au 112 (hors appels 112 réceptionnés par les SAMU qui sont vraisemblablement intégrés dans les appels au 15). Cet ordre de grandeur est cohérent avec le nombre d'appels d'urgence que la France a déclaré avoir reçu dans l'enquête 2017 de la Commission européenne, soit 64 millions d'appels ».

Dans le scénario présent, le patient aurait le choix entre composer un numéro identifié comme « urgences » ou un numéro 116-117 identifié comme relevant d'une prise en charge moins urgente, non programmée adressée à un médecin généraliste. Aujourd'hui, la mauvaise connaissance du 116 117, les évolutions de comportement de la population et les difficultés d'accès rapide à des médecins dans certaines zones géographiques conduisent à l'appel au 15 pour des soins non programmés pendant et en dehors des horaires de PDSA. Cette option reviendrait donc à généraliser une pratique différenciée, organisée et gérée par la médecine ambulatoire.

Cela fait reposer sur le patient un premier niveau de tri de ses symptômes ce qui, pour certains, correspond à une responsabilisation pleine et entière du patient et/ou de son entourage face à l'apparition de symptômes aigus et pour d'autres une prise de risques inconsidérée.

⁵¹ Rapport IGA/IGAS : Evaluation de la mise en œuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et propositions d'évolutions - Octobre 2018

Trois éléments importants sont à prendre en compte :

- Toutes les études sont concordantes pour relever un taux d'erreurs⁵²⁵³ par défaut de 8 à 10 % lorsque le patient joint directement un service dédié à la continuité et à la permanence des soins alors qu'il relève en réalité d'une prise en charge par l'aide médicale urgente. Il y a là une perte de temps reliée directement à une perte de chance dans le cadre de ces pathologies potentiellement vitales.
- Sur la majorité du territoire national, la médecine générale est actuellement en difficulté pour prendre en charge l'ensemble des appels relevant de la permanence des soins, en particulier lors des périodes de nuit profonde. Cette activité est assurée par les médecins de l'aide médicale urgente grâce au partenariat avec les SAMU en mutualisant les ressources disponibles. A ce titre, la généralisation du 116 117 implique soit une organisation spécifique à la médecine ambulatoire, soit une clarification des relations entre les responsables des soins non programmés et les hôpitaux responsables des Centres 15. Par ailleurs, l'échelle territoriale départementale semble insuffisante au regard des capacités des médecins libéraux dans certains départements, à mettre en œuvre un tel dispositif à H24. Les expériences européennes identiques illustrent une saturation du 116/117 (ou équivalent) et l'absence d'impact sur le volume d'appels urgents.
- La France connaît un particularisme européen dans la gestion du secours d'urgence à la personne par les sapeurs-pompiers qui représente 84 % de leur activité⁵⁴. La gestion conjointe de ces situations avec le SAMU représente 15 à 20 % de l'activité actuelle du SAMU. C'est l'illustration d'une problématique essentiellement Santé prédominant en France, les SAMU traitant actuellement la majorité des appels d'urgence.

Au patient de déterminer l'urgence de sa demande dans un système saturé constitue une perte de chance et dont l'organisation territoriale requiert un partenariat ville-hôpital.

2.3.2.1 Un parcours de soins pour l'appelant complexe selon le choix effectué

Dans cette configuration le patient qui contacte le 112 est initialement en contact avec un opérateur de premier niveau chargé de faire le tri de ce qui relève de la sécurité (police gendarmerie), du secours (pompiers), ou du soin. Si la répartition de l'appel vers les forces de sécurité ne pose pas de problème particulier, la répartition des appels entre les sapeurs-pompiers et le SAMU est complexe au regard de la nature des appels. Le fait de cantonner la plateforme à une fonction d'orientation présente des insuffisances du point de vue de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Une répartition algorithmée⁵⁵ dans un délai de 30 secondes par un premier niveau ne saura se suppléer à la qualification de l'appel par un Assistant de Régulation Médicale. L'adressage de l'appel vers un niveau deux sera macroscopique et corrélé à un fort niveau d'engagement opérationnel pour tous les appels orientés vers les secours.

⁵² Portugal : Saude 24 vers INEM : 8,4% Rapport IGA IGAS 2018 TOME II Page 225

⁵³Angleterre : NHS 111 vers 999 : 11% <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/NHS-Ambulance-Services.pdf>

⁵⁴ Données statistiques 2018 DGSCGC et rapport Cour des Comptes « les personnels des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et de la sécurité civile » –mars 2019

⁵⁵ Ces algorithmes d'aide à la décision seraient élaborés, sous l'égide de la HAS en lien avec les sociétés savantes des acteurs concernés.

Passé ce premier niveau, l'appel sera confié à un assistant de régulation médicale (ARM) (niveau deux) qui devra orienter l'appel soit vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente soit vers la plate-forme de continuité/permanence des soins 116-117. Il y a donc dans ce modèle deux intermédiaires entre l'appelant et le médecin régulateur si l'appel relève de l'aide médicale urgente et probablement trois intermédiaires si cet appel relève d'une prise en charge de médecine générale. La France serait ainsi le seul pays où un appel au 112 pourrait être réceptionné et traité par trois personnes (l'opérateur 112 de premier niveau, puis l'ARM et l'opérateur SNP puis le médecin régulateur) avant décision.

Une répartition macroscopique des appels associée à un engagement opérationnel majoré, une régulation médicale retardée et satellisée.

Dans le cas où le patient contacte le 116-117, l'appelant est mis en contact avec un opérateur de soins non programmés de niveau 1 qui n'aura pas les compétences ni la formation d'un assistant de régulation médicale. Si l'on compare ce premier niveau avec ce qui est actuellement réalisé dans les plateformes téléphoniques de médecine générale, SOS-Médecins par exemple, cet opérateur n'a pas de rôle de tri mais se contente de prendre les coordonnées de l'appelant afin de transmettre l'appel, dans l'ordre d'arrivée, à un médecin régulateur. Le patient présentant une urgence avérée ou potentielle aura donc une perte de temps avant la qualification de son appel par un médecin et donc potentiellement une perte de chance.

2.3.2.2 Un modèle aux conséquences multiples en contradiction avec les objectifs du pacte de refondation des urgences

Le système français actuel est accusé de mal gérer les effecteurs et par la même de surcharger l'activité opérationnelle des sapeurs-pompiers tout en n'utilisant pas au mieux les capacités des transporteurs sanitaires. Un tel modèle aura nécessairement des conséquences :

- En prenant exemple sur des modèles européens comparables, le taux de recours au transport des patients vers l'hôpital est beaucoup plus élevé que le modèle français actuel. Ainsi, l'utilisation d'un 112 comme seul numéro de l'urgence aura pour conséquence une sollicitation encore plus importante des moyens sapeurs-pompiers incompatible avec leurs capacités et difficultés actuelles ;
- Les deux plateformes 112 et 116-117 auront à utiliser des ambulances sans pouvoir coordonner les demandes. Ceci aboutira à une augmentation des carences ambulancières et là aussi à une sur-sollicitation des moyens des SDIS.

Des interventions encore plus nombreuses, une pression sur les établissements de santé renforcée en contradiction avec l'objectif de désengorgement des urgences

Si l'hypothèse d'une plate-forme d'appel polyvalente « urgences » et d'une plateforme d'appel pour la permanence/continuité des soins peut être portée en avant par des organisations professionnelles, la mission considère cette solution comme peu opérationnelle et à risque:

- Faire porter au patient la qualification de la gravité de sa situation entraîne de facto un pourcentage d'erreurs générateur de risque, en dehors de l'accès habituel à l'équipe de soins primaires ;
- La mise en défaut des filières de soins et des parcours de raisonnés de prise en charge aigue pour les SCA, les AVC etc....

- Cette solution générera une forte augmentation de la sollicitation des moyens des SDIS non compatible actuellement avec leurs capacités opérationnelles et leur aspiration à se recentrer sur le cœur de leurs missions ;
- La nécessité de requalifier précisément les missions des uns et des autres, afin que l'opérateur de premier niveau 112 oriente correctement l'appel vers le niveau métier adéquat, sera potentiellement génératrice de conflits entre le monde du secours et celui de la santé. Il ne semble pas envisageable qu'un tel travail puisse être réalisé dans un délai court ;
- En se basant sur l'existant et compte tenu des ressources, la médecine générale ne peut faire face que partiellement à la généralisation des plateformes 116-117 fonctionnant à H24 sans mutualisation des moyens et un partenariat fort avec l'AMU. Certains départements et régions risquent de perdre le peu de régulateurs libéraux déjà impliqués et attachés à un fonctionnement « sécurisant » dans les SAMU ;
- Cette hypothèse organise le retrait annoncé de la régulation médicale des appels relevant de l'aide médicale urgente. La gestion de « l'urgence » à l'anglo-saxonne engorgera encore paradoxalement les SAU avec un décroché qui aura tendance à s'affranchir de toute régulation médicale en répondant par « un appel, une ambulance, les urgences ».

La mission a surtout identifié dans ce scénario, le risque majeur de schisme ville-hôpital qui va totalement à l'encontre d'un service de santé moderne.

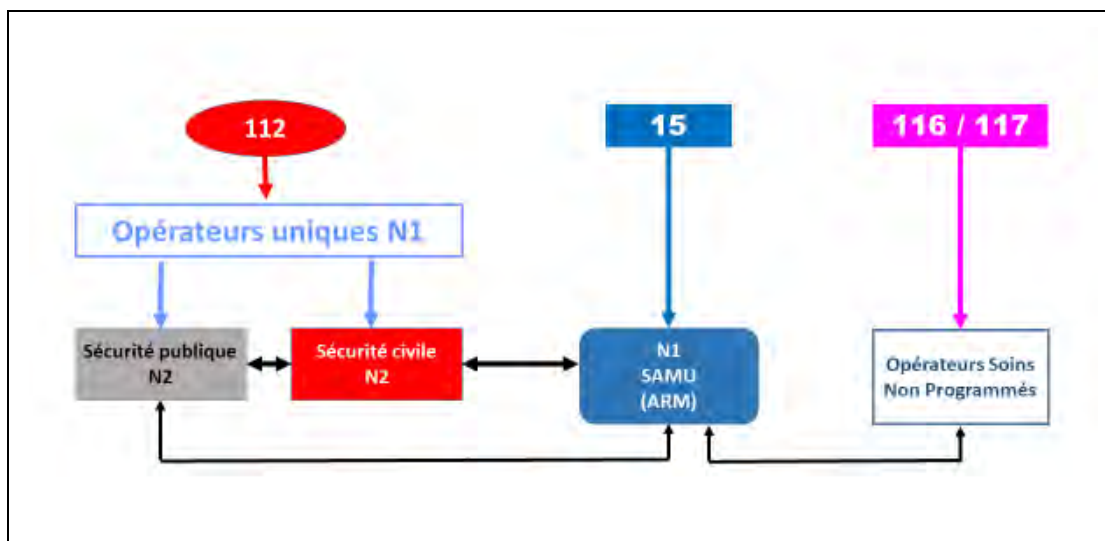
Mesurer le risque du retrait de la régulation médicale réalisée par les SAMU pour les appels urgents et pour les soins non programmés.

2.3.3 Le modèle 112/15/116-117 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112, le maintien d'un numéro 116-117 dédié à la prise en charge de la permanence et de la continuité des soins par la médecine générale et du 15 pour l'aide médicale urgente

Cette hypothèse avec un niveau 1 unique transverse neutre de métier ne répond pas à la commande présidentielle de simplification et de lisibilité. Elle manque d'ambition et est corrélée à de nombreuses contraintes.

Elle est en apparence plus neutre. Il s'agirait de rajouter à l'organisation actuelle une plateforme supra départementale de premiers niveau recevant le 112. Les structures actuelles du SAMU et de la régulation de la permanence et de la continuité des soins restants dans leurs locaux actuels.

Schéma 2 : Réception et le traitement des appels d'urgence
(maintien du 15 et fusion du 17/18 dans le 112)



Source : Mission SAS

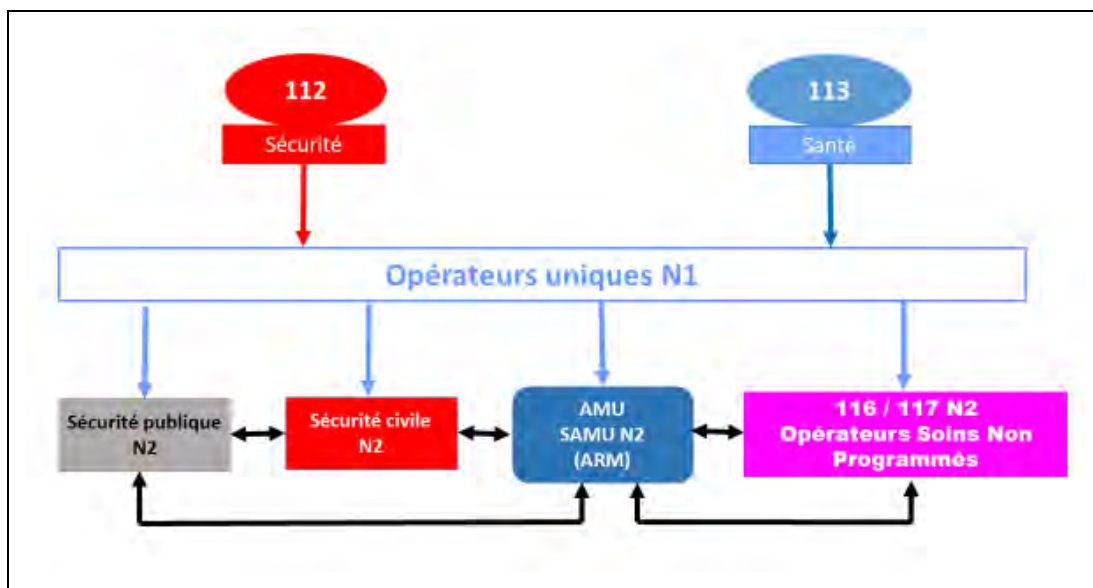
Cette solution aurait le bénéfice de continuer à faire travailler de concert la régulation de l'aide médicale urgente et la régulation de la continuité et de la permanence des soins, même si les canaux d'arrivée seraient différents. Les bénéfices attendus seraient à la hauteur du faible niveau de restructuration proposée dans cette hypothèse.

L'existence de ce nouveau niveau supra-départemental entraînerait une augmentation des délais de prise en charge pour les appels relevant de l'aide médicale urgente, une augmentation des relais et donc une perte d'information et *in fine*, une perte de chance pour le patient. Par ailleurs, ce nouveau niveau, agnostique, nécessitera la mise en place de moyens supplémentaires tant en locaux qu'en personnels sans pour autant diminuer les moyens des centres « métier » qui continueront à fonctionner en aval.

2.3.4 Le modèle 112/113 repose sur la mise en place d'un numéro générique 112 « secours » et d'un numéro générique 113 « santé » avec un niveau 1 unique transverse neutre de métier

Si cette hypothèse répond à une simplification et à une meilleure lisibilité pour nos concitoyens, elle concentre sur un premier niveau d'opérateurs neutres l'ensemble des flux sécurité, santé et secours.

Schéma 3 : Réception et le traitement des appels d'urgence reposant sur deux numéros génériques 112 et 113



Source : Mission SAS

La performance d'un premier niveau de décroché est lié à sa fluidité. La mission souligne que prendre le risque de concentrer l'ensemble des appels par cette entrée, c'est accepter en cas de congestion de ne pas pouvoir traiter prioritairement les situations d'urgences.

L'orientation macroscopique des appels et le rallongement des délais de traitements s'imposent aux citoyens. La multiplicité des interlocuteurs, particulièrement pour les appels relevant de la santé, est une réalité et impacte une prise en charge de qualité.

Une meilleure lisibilité pour la population, est pénalisée par un goulot d'étranglement unique facteur de retard d'accès aux soins.

Dans ce contexte, et pour répondre aux besoins en soins non programmés, **la mission plaide pour que ces scénarios de mise en œuvre du service d'accès aux soins soient écartés.** Ils présentent des limites en termes d'efficacité avec un risque d'effet contre-productif sur la coopération entre SAMU et SDIS d'une part, et entre ville et l'hôpital, d'autre part.

3 Un périmètre des missions et une organisation opérationnelle du service d'accès aux soins, innovants qui reposent sur un guichet unique santé, un accès universel en ligne et un catalogue de ressources disponibles.

Les différents intervenants, qu'il s'agisse des représentants des usagers mais aussi des représentants des jeunes médecins généralistes ou des internes de médecine générale, ont souligné tout l'intérêt qu'il y avait à un portail unique santé, allant dans le sens de la simplification attendue par les usagers, facilitant ainsi accès et pédagogie, conduisant ainsi à voir séparer d'une part l'urgence secours et sécurité regroupant sécurité civile, police et gendarmerie, et d'autre part la santé.

3.1 Le numéro unique AMU et PDSA déjà recommandé dans de nombreux rapports

En 2006, le rapport de l'IGAS sur l'évolution du dispositif de la permanence des soins souligne l'intérêt d'un numéro unique pour deux raisons, d'abord le souci de simplifier l'accès au dispositif pour l'utilisateur, ensuite l'intérêt pour des équipes de médecins de statuts différents, de mutualiser des compétences et des moyens pour répondre aux objectifs de missions de service public imparties. Ainsi, l'organisation de la PDS et de l'AMU doit être lisible, connue et accessible.

Le CNOM a estimé (2006⁵⁶), qu'il n'appartient pas au patient de déterminer la gravité de son état pour appeler le service d'aide médicale urgente le 15 (SAMU) ou recourir aux ressources médicales ambulatoires disponibles sur son territoire. « *Cette régulation médicale est de la responsabilité du professionnel de santé* ».

En 2007, la Cour des comptes indique que le système serait simplifié avec l'unification des numéros d'appel entre l'hôpital (SAMU-Centre 15) et la ville (centre de régulation médicale libérale) pour le grand public comme les professionnels de santé.

En 2009, le rapport d'information sur la permanence des soins du député P. Boënnec considère fort pertinent la proposition de fusionner toutes les lignes téléphoniques en une seule sous la forme d'un numéro d'appel unique commun à la permanence des soins et à l'aide médicale urgente.

En 2009, la loi HPST «Hôpital, patients, santé et territoire » revient sur les modalités d'organisation de la permanence des soins à l'article L 6314-1 du code de santé publique⁵⁷ qui prévoit « ... *la régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national....* ». Deux autres types de numéro sont disponibles : les numéros de régulation régionale et départementale à 10 ou 4 chiffres et les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appel interconnectés avec le numéro national.

L'article 75 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 maintient 3 numéros pour l'accès à une prise en charge non programmée. Celui des associations de permanence des soins et de la régulation médicale accessible par un numéro national de permanence des soins (le 116 117⁵⁸) ou par le numéro national d'aide médicale urgente.

Concernant l'organisation de la régulation médicale, les rapporteurs de la mission d'information du Sénat⁵⁹ sur les urgences hospitalières indiquent que « *l'ensemble des acteurs auditionnés ... dans une unanimité quasi-parfaite, ont regretté la mise en place du nouveau numéro 116-117 en raison de la confusion qu'elle apporte dans un paysage déjà peu lisible* ». Les propositions émises par les

⁵⁶ Rapport d'information n°3672 sur la prise en charge des urgences médicales. Paris : Assemblée nationale ; 2007

⁵⁷ Loi HPST du 29 juillet 2009 article 49 « La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa. **La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national.** Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plateformes assurent une régulation médicale des appels. Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire ».

⁵⁸ Décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence de soins ambulatoires

⁵⁹ Rapport d'information de Mmes Laurence COHEN, Catherine GENISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur *les urgences hospitalières*, juillet 2017

rapporteurs sont de « *revenir sur la mise en place du numéro 116 117 pour l'accès à la régulation médicale de la permanence des soins (proposition n°18) et de généraliser la mutualisation de la régulation médicale entre les équipes de l'aide médicale urgente et les professionnels libéraux (proposition n° 19) ».*

La Cour des comptes rappelle dans son rapport annuel 2019⁶⁰, que « *la multiplication des numéros d'appel (15,17,18, 116-117, numéro SOS Médecin....) déjà soulignée par la Cour en 2014 reste source de confusion pour la population ».*

3.2 Une plateforme SAS téléphonique Santé qui repose sur un numéro bien identifié pour répondre aux besoins de chaque Français

Le principe retenu par la mission est celui d'un point d'entrée unique ou guichet unique, qui délivrerait la réponse appropriée à une situation de soins non programmés, allant de l'urgence médicale au conseil, à la téléconsultation, à l'orientation vers une structure de soins ou une prise de rendez-vous.

Le service d'accès aux soins est un dispositif transparent, à destination de l'utilisateur, qui n'est pas contrairement à ce que d'aucun voudrait laisser entendre un « réhabillage » de dispositifs préexistants. Il repose tout particulièrement sur une nouvelle collaboration, basée sur la confiance, la transparence et une volonté de construire entre la médecine libérale ou la médecine salariée chargée de l'organisation des soins non programmés ambulatoires et la médecine hospitalière, une organisation efficiente pour les professionnels et les usagers du système de santé.

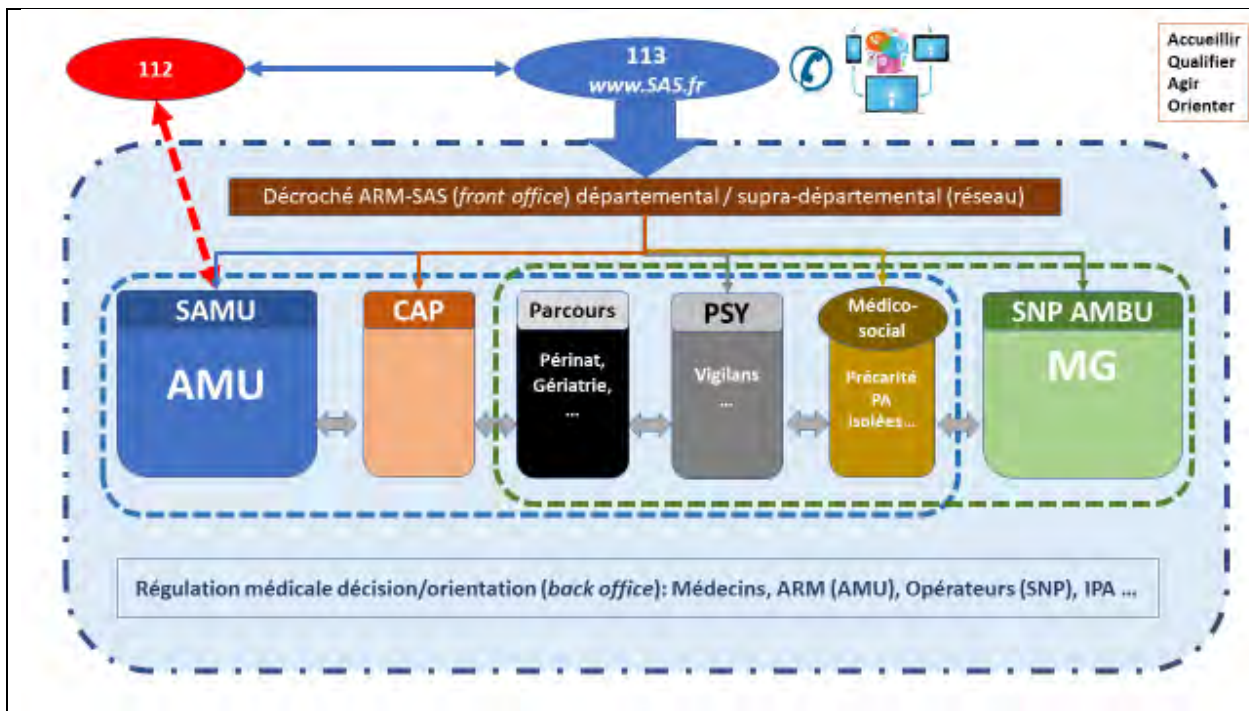
Le service d'accès aux soins s'appuie donc sur un accès facile pour les usagers. Le principe du guichet unique plébiscité par les usagers et leurs associations représentatives au cours de deux entretiens successifs, est renforcé par l'analyse des flux ou plus exactement de la qualification des flux observée sur les numéros 17, 18 et 15 respectivement. Il apparaît très clairement que la majorité des appels sur ces 3 numéros essentiels pour les français sont aujourd'hui à connotation santé et dépassent le taux de 50 %. C'est pour cette raison qu'il a semblé légitime d'isoler un flux santé par rapport à un flux secours et sécurité. Cette demande d'un flux santé identifié a été retenue, encouragée et plébiscitée par la majorité des personnes auditées par la mission.

Ceci sous-entend la création d'un nouveau numéro de téléphone unique, totalement dédié à la santé. Ce point est primordial et est le scénario retenu par la mission SAS.

Il existerait donc en France, et c'est là une modernité absolue, **2 numéros uniques, l'un dédié au secours et la sécurité, l'autre dédié à la santé**, allant de l'urgence médicale au conseil médical en passant par toutes les possibilités de réponses aux besoins des patients. L'existence d'un numéro unique « appels d'urgences » ne répondrait pas à notre sens à l'attente des français et serait de toute manière responsable d'un engorgement prévisible des urgences, ce qui va à l'encontre des objectifs du pacte de refondation des urgences. En effet, si on effectue une **comparaison par rapport à des numéros anglo-saxons ou d'autres expériences, le numéro unique aboutit quasi systématiquement à l'envoi d'un transport ou d'un vecteur sanitaire et à une hospitalisation.**

⁶⁰ Cour des comptes rapport public annuel 2019-février 2019 « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités » p 211-239

Schéma 4 : Le service d'accès aux soins projeté



Source : Mission SAS

Le guichet unique santé ou « front office », qui repose sur un numéro bien identifié que la mission a dénommé 113 dans le cadre de ses travaux, est pris en charge par des assistants de régulation médicale. Il s'agit là d'une fonction, non d'une appartenance. Ces assistants de régulation médicale, dès lors qu'ils sont en position de « front office » en charge du guichet unique dans le dispositif SAS, relèvent de la gouvernance globale de pratiques partagées de régulation et de triage (Cf. *Infra*) et non pas d'une organisation plus que d'une autre, et tout particulièrement ne sont pas plus liés à l'aide médicale urgente qu'à la prise en charge des soins non programmés ambulatoires.

Cette organisation autour des assistants de régulation médicale représente une garantie de sécurité, permettant ainsi de détecter une urgence vitale et un circuit court de prise en charge afin d'apporter la meilleure des réponses à une situation donnée dans des temps qui ne doivent pas dépasser 30 secondes.

3.2.1 Une plateforme de premier niveau métier pour sécuriser l'orientation des appels dans des délais courts vers l'aide médicale urgente ou vers l'organisation des soins non programmés ambulatoires.

Ceci sous-entend que sur ce bandeau unique, ce premier front d'assistants de régulation médicale aura pour vocation essentielle d'orienter les appels dans des délais courts vers l'aide médicale urgente (ex organisation de type SAMU) ou vers l'organisation des soins non programmés ambulatoires. Ces assistants de régulation médicale n'ouvriront des dossiers de régulation que dans des cas extrêmement limités. Ils s'aideront à terme, d'outils de reconnaissance vocale permettant là aussi une meilleure performance. Il s'agira de mettre en place des plateformes modernes de premier niveau permettant de réceptionner d'autres types de flux que la voix ou de saisir tout le potentiel des nouvelles technologies pour capter les signaux de détresse, ce qui constituerait un puissant levier de modernisation numérique du service public.

SAS « FRONT OFFICE »

« *Front office* » se situe dans la salle de régulation : relation synergique avec médecin régulateur
Il est dédié exclusivement aux primo-appelants en s'appuyant sur la segmentation des flux
Armé obligatoirement par des ARM encadrés par un superviseur et un cadre de santé, soumis au secret professionnel

Objectif unique de triage entre AMU et médecine ambulatoire :

- Accueil initial des primo-appelants : « **Service d'accès aux soins, bonjour** »
- Ouverture d'un DR avec seules 2 informations recueillies et saisies : Recueil du nom et du numéro de téléphone de l'appelant (nécessaire pour le contacter en cas de perte de la communication).
- Qualification du degré d'urgence : P0 = Urgence vitale
P1 = régulation médicale immédiate par volet AMU
P2 = régulation médicale différée par MRG, qui peut être mise en attente sans risque pour le patient.

Application d'algorithmes/protocoles pour déterminer s'il s'agit d'une détresse vitale, d'une urgence ou d'une demande qui relève du SNPA. Ces protocoles sont régis pour la gouvernance du SAS, c'est-à-dire partagé et validés entre le volet AMU et le volet médecine ambulatoire.

Nombre de questions réduites au maximum et protocolisées = gain de temps pour garantir 1 DMC à minima et l'atteinte des objectifs suivants : taux d'accueil du « *front office* » = 99.95 %

QS 15 s = 90 %, QS 30 s = 99 %, le temps retenu pour les appels abandonnés sera de 10 secondes (en dessous de cette durée, un appel est réputé n'avoir pas eu lieu d'être).

Arbres décisionnels →→S'appuyer sur des collègues éphémères (MRG et MRU, ARM, superviseur, CDS) pour produire les recommandations officielles « *front office* »

En cas de détection d'une urgence vitale, soit P0, ce qui arrivera dans 8 à 9 % des cas, l'ARM garde l'appelant et reprend une fonction d'ARM AMU :

- Conserve l'appel, crée le DRM
- Engage un prompt secours et un SMUR avant régulation médicale
- Conseille et/ou guide les gestes de secourisme et RCP
- Transfère l'appel immédiat au MRU

Pratiques recommandées par SUDF et d'ores et déjà en vigueur dans les actuels CRRA15.

Rotation des ARM au niveau du «*front office*» toutes les 4 heures : = lutte contre le risque d'erreur (baisse du niveau de concentration) et lutte contre l'augmentation de la DMC qui augmente avec la fatigue⁶¹.

Possible grâce à la polyvalence des ARM au sein de la branche AMU (en vigueur dans tous les SAMU CRRA15 de France et DOM TOM).

Optimiser le traitement des appels grâce à la téléphonie avancée :

- ACR (Advancing Call Routing) : reconnaissance de numéro de l'appelant, pré-qualification de l'appel permettant de faire suivre des scénarios personnalisés (appelants remarquables exemple HAD, pathologies chroniques, soins palliatifs)
- SVI (serveur vocal interactif) : accès à des choix et orientation de l'appel (exemple « urgence vitale taper 1 »). Possibilité pour un niveau de sécurité supplémentaire au cas où toutes les lignes sont occupées.

ACD (Automatic Call Distribution) distribution automatique des appels pour répartition de la charge de travail et garantir l'atteinte des objectifs qualité. Matrice de distribution paramétrée par la co-gouvernance.

⁶¹ Montassier E, Labady J, Andre A, Potel G, Berthier F, Jenvrin J, Pervenne Y. The effect of work shift configurations on emergency medical dispatch center response. Prehop Emerg Care. 2014

3.2.1.1 Une organisation opérationnelle repensée...

Le « *front office* » du numéro unique santé est donc assuré par des assistants de régulation médicale, agents hospitaliers formés dans le cadre des centres de formation des assistants de régulation médicale (CFARM) qui procéderont à la qualification immédiate de l'appel. Au regard de l'évolution du périmètre de l'exercice, la mission suggère après évaluation, de compléter les textes de formation des ARM pour préciser les exigences (notamment nouveaux outils, connaissance des réseaux de soins ambulatoires).

Assistants de régulation médicale Rappel référentiel de formation⁶²

Il convient de rappeler que le volume de la formation ARM proposée par les centres agréés de formation d'assistant de régulation médicale est de **1 470 h d'enseignement** dont 735 h de formation théorique réparties en 9 modules de formation et 735 h de formation pratique/21 semaines (stages de découverte/5 semaines et stages métier/16 semaines.)

Le diplôme s'obtient par l'acquisition de 4 blocs de compétences :

- Bloc1 : Traitement d'un appel dans le cadre du SAMU-Centre 15 (10 semaines, 350h)
- Bloc 2 : Mobilisation et suivi des moyens opérationnels (4 semaines, 140h)
- Bloc 3 : Traitement des informations liées à la régulation, la qualité, la sécurité et à la vie du service (5 semaines, 175h)
- Bloc 4 : Appui à la gestion des moyens en situation sanitaire exceptionnelles (2 semaines, 70h)

La formation des ARM est-elle adaptée aux impératifs d'un SAS ?

Le volet ambulatoire est-il traité ?

Enseignement

Bloc 1, module 1A :

« Connaître l'organisation du système de santé et de la prise en charge des urgences en France »

« Points clés de l'organisation du système de santé en France, rôle des ARS, »

Organisation et cadre législatif et réglementaire de la prise en charge des urgences en France : les différentes structures et leur rôle, les partenaires, la relation ville-hôpital

Bloc 2, module 2A

« Identifier les parcours patients dans le cadre de l'AMU, de l'accès aux soins non programmés et des filières ambulatoires »

« Ressources territoriales pouvant apporter une réponse médicale adaptée à la situation »

Stage découverte en milieu professionnel

« Transport de malades, blessés ou parturientes » (hors SMUR) 2 à 3 jours

« Structure privée recevant des appels » 2 à 3 jours (une semaine avec autre structure publique)

⇒ La nécessité d'appréhender et de comprendre la filière des soins ambulatoires est indiquée.

⇒ Si doute : précisions complémentaires par circulaire ?

Une évolution de la formation à la e-santé est-elle nécessaire ?

Enseignement

Bloc 2, Module 2.b : Les moyens opérationnels liés au traitement de la demande

Connaître le fonctionnement des matériels informatiques et de communication des CRRA : téléphonie, informatique, visio-conférences, applications d'aide à la prise en charge (fonctionnement, dysfonctionnement, pannes simples)

Bloc 3, module 3a

Connaître et maîtriser les outils radiophoniques, technologie d'information et de communication (TIC)

Explorer, traiter, exploiter et diffuser des documents numériques

Travail en réseau, communication et collaboration avec un ou plusieurs interlocuteurs, automatisation des tâches répétitives, web, réseaux sociaux

⁶² Pr Christine Ammirati pour les CESU

Utilisations des outils de télécommunication et visioconférence

- ⇒ Question posée de l'harmonisation des remises à niveau dans le cadre du livret de positionnement sur ces compétences pour les ARM en poste
- ⇒ Si doute : précisions complémentaires par circulaire ?

Les prises de bilan font-elles partie des compétences d'ARM ?

Enseignement

Bloc 2 : Mobilisation et suivi

« Prioriser les bilans reçus et transmettre les informations au médecin régulateur »

- ⇒ Apport de la reconnaissance informatique de bilans anormaux en complément des compétences de l'ARM

3.2.1.2 Pour assurer une prise en charge et un décroché dans les meilleurs délais.

La détection par l'ARM de « *front office* » d'une situation relevant de l'aide médicale urgente, conduira à orienter cet appel vers le dispositif de type SAMU où la prise en charge se fera à l'identique de ce qui existe aujourd'hui avec quelques nuances :

- Si l'ARM « *front office* » détecte d'emblée une urgence vitale et afin de gagner du temps, il sera autorisé ici à ouvrir un dossier de régulation médicale classique et à transférer immédiatement l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente (SAMU) afin d'éviter une redondance et une perte de temps inutiles.
- Si des appels de type urgence santé ou santé arrivent sur le numéro 112, ils devront être réorientés vers la plateforme santé SAS. **S'il s'agit d'une urgence ayant engagé des moyens SDIS dans le cadre d'un prompt secours, ils arriveront directement sur l'aide médicale urgente sans passer par le 113 grâce à un numéro dédié (SDA) dans le principe d'un circuit court de prise en charge**, d'une interconnexion des services et d'un transfert de dossier tel que ceci existe aujourd'hui *Cf. Infra*).

Dans le cas d'une demande relevant des soins ambulatoires non programmés, le 112 sera directement orienté vers un numéro dédié relevant de cette organisation au sein de la plateforme santé. Le principe est que **les appels du numéro unique sécurité ne passent pas par le numéro unique santé**.

L'objectif retenu est celui de **donner une priorité absolue aux primo-appelants**. Ceci sous-entend, en particulier pour le versant aide médicale urgente, que des numéros dédiés soient affectés à tout ce qui relève des rapports inter-hospitaliers, organisation intra-hospitalière, transferts inter-hospitaliers, mise en œuvre de moyens logistiques inter-hospitaliers. Aucune de ces demandes ne devra transiter par le numéro unique santé.

La prise en charge des bilans qui font partie des fonctions de l'aide médicale urgente et des SAMU ne transitera pas non plus par le numéro unique santé. Ils arriveront sur un numéro dédié et seront pris en charge en fonction de la gravité estimée par des médecins régulateurs, éventuellement par des infirmières de pratique avancée et des assistants de régulation médicale. L'évolution se fera pour un certain nombre de bilans dits simplifiés par une intégration automatisée de ces bilans dans les dossiers et logiciels de régulation, afin de libérer du temps humain disponible dans le cadre d'une meilleure fluidité générale de la prise en charge.

Il est envisagé une solidarité inter-plateformes santé dès lors qu'une de ces organisations serait en difficulté technique ou en difficulté de flux d'appels. Ceci fait l'objet de mesures envisagées par le projet SI-SAMU que la mission souhaite voir évoluer dorénavant en **SI Santé**.

Il s'agit de garantir un décroché rapide pour tous les appels d'urgence dès lors que ces plateformes de premier niveau sont correctement dimensionnées. Une plateforme pourrait transférer, comme aux Pays-Bas, un appel vers une autre plateforme en cas de saturation des lignes d'urgence dans une zone donnée.

Il s'agit bien d'affiner et de développer la régulation des flux en amont des urgences pour éviter l'engorgement qui est aujourd'hui connu. **Cette plateforme santé, accessible à tous 24 h/24 par ce nouveau numéro unique, ne sera pas le seul outil à développer puisqu'il s'appuie également sur un service en ligne, national, offrant le même catalogue de ressources dans chaque territoire.**

3.2.2 Des ressources hospitalières et ambulatoires évolutives pour un fonctionnement optimal de la plateforme SAS téléphonique

L'accès au niveau technologies de communication, à la e-santé ou santé digitale, devrait permettre de limiter l'inflation de ressources humaines quelles qu'elles soient, cependant celles-ci devront être correctement évaluées.

Ce « *front office* » 113 requiert un nombre d'assistants de régulation médicale nécessaire pour permettre ce décroché dans des délais au maximum de 30 secondes, fixé par les recommandations de SAMU Urgences de France. La volumétrie des appels est aujourd'hui connue mais elle devrait être au minimum identique à ce que connaissent aujourd'hui les Centres 15 ne bénéficiant pas de la présence de régulateurs libéraux pendant la journée. Ce volume d'appels sera cependant très probablement supérieur car la connaissance de cette nouvelle structuration SAS générera un flux d'appels supplémentaires qui devrait être de l'ordre de 15 %.

Les personnels sur lequel repose aujourd'hui le principe de la régulation médicale sont du côté aide médicale urgente essentiellement des **médecins régulateurs et des assistants de régulation médicale**. Ce dispositif devra être pérennisé. Cependant, la mission estime qu'il convient d'aller vers une économie du temps médical disponible, c'est pourquoi est préconisée à moyen terme, la présence d'infirmiers au sein des régulations d'aide médicale urgente, que ce soit dans un premier temps sur une modalité de protocole de coopération et par la suite, d'infirmiers de pratique avancée. Les missions dévolues à ces infirmiers pourraient être variables d'un centre à l'autre mais avec une orientation claire vers la prise de bilans, secouristes, et/ou la préparation de l'accueil d'un patient dans certaines filières spécialisées (gériatrie, pédiatrie).

Le dispositif SAS doit s'adapter à une masse critique d'activité cohérente justifiant l'emploi des personnels médicaux et non médicaux adaptés. C'est ainsi que si la plateforme est de nature départementale, elle peut être mutualisée à un niveau interdépartemental en nuit profonde, en première partie de nuit ou pendant les « weekend ». Les médecins régulateurs ambulatoires peuvent grâce au dispositif de régulation déportée intervenir sur une échelle supra départementale.

Le **superviseur** est l'encadrant de premier niveau d'une équipe d'assistants de régulation médicale exerçant au sein du SAS. Il exerce sous l'autorité du cadre de santé. Il s'agit d'un **maillon essentiel qui permettra de garantir l'objectif fixé au niveau de front office de réponse à tous les appelants en moins de 30 secondes**. La présence d'un superviseur est souhaitable au regard des recommandations de SAMU-urgences de France. Sa présence est adaptée à l'activité de la plateforme SAS et au nombre d'agents présents.

Son rôle est de piloter et de suivre au quotidien l'activité de la plateforme tant au niveau du front office, que du back office, d'optimiser l'outil de gestion des appels afin de garantir l'atteinte des objectifs quantitatifs impartis, dans le respect des réglementations et des recommandations professionnelles. En cas de difficultés, il peut intervenir directement auprès d'un appelant pris en charge par les ARM.

En fonction des délégations et usages au sein du SAS, il contribue au management de proximité en participant à la professionnalisation des membres de l'équipe (animation d'équipe, actions de formation, tutorat). Son champ d'action concerne l'ensemble du volet AMU ainsi que la gestion du front office. Sur ce point, le pilotage de l'activité et les stratégies d'articulation du front office avec le volet soins non programmés ambulatoire se fera sous l'égide de la co-gouvernance et non pas aux seules décisions du volet AMU et cela même si les ARM sont des professionnels hospitaliers.

Ainsi, en collaboration avec la co-gouvernance du SAS, il contribue à l'optimisation du processus de travail : recueille les statistiques, analyse l'activité, et propose des évolutions pour améliorer la qualité de service notamment pour garantir la qualité de service et les missions du front office.

Afin de coordonner l'activité dans une logique d'anticipation et de performance, il dispose d'un poste de travail dédié, équipé d'outils informatiques et téléphoniques de supervision. Il doit avoir accès à des indicateurs et de statistiques d'activité selon les besoins définis par la structure, au minimum de façon journalière en ce qui concerne l'activité de front office. A titre d'exemple, une fiche de poste est annexée au présent rapport (cf. Annexe 3)

L'organisation du versant soins non programmés ambulatoires repose aujourd'hui sur des **médecins régulateurs** qui pourraient être délocalisés, et sur des **opérateurs de soins non programmés** dont les statuts sont variables d'une organisation à l'autre, et qui devront bien entendu être respectés. Les missions de ce personnel vont être multiples et plus larges que celles qui existent aujourd'hui, allant de l'organisation de la prise de rendez-vous à la connaissance de l'offre de soins programmés, à la mise en œuvre des relations pouvant exister dans le cadre de téléconsultations ou de lien avec les CPTS. **La formation des régulateurs libéraux comme des opérateurs en soins non programmés devra être mise en place et organisée par le secteur ambulatoire.**

Il serait intéressant d'évoquer une réponse à une organisation à 3 niveaux également dans le cadre de cette structuration soins ambulatoires non programmés avec des médecins régulateurs, des opérateurs de soins non programmés et des infirmiers de pratique avancée ou pouvant exercer suivant des protocoles de coopération. Ces infirmiers pourraient avoir comme mission par exemple l'organisation des téléconsultations mais également le conseil thérapeutique dès lors que le diagnostic médical effectué par le médecin régulateur aura été posé.

Sont évoqués pour exemples, les épidémies de gastroentérite, ou afin d'éviter une hospitalisation inutile, le diagnostic initial étant posé par le médecin régulateur, un infirmier pourrait sur protocole donner des conseils aux parents et avoir pour cela le temps nécessaire. Ceci pourrait également s'étendre bien entendu à d'autres types d'appels comme la fièvre du nourrisson, etc...

3.3 Le périmètre du SAS doit répondre progressivement à l'ensemble des besoins de santé

Nous avons jusqu'ici évoqué deux « bras » essentiels du SAS que sont l'aide médicale urgente et les soins non programmés ambulatoires. **Cette plateforme est bien plus ambitieuse puisqu'elle va associer d'autres acteurs sur le principe du guichet unique.** On peut ici citer, les centres antipoison qui devront également être accessibles par ce numéro unique santé et une orientation rapide par le « *front office* », mais également l'urgence médicosociale, la régulation périnatale,

l'organisation des flux gériatriques, la régulation des transports sanitaires privés, la prise en charge du risque psychiatrique de type suicidants, prévention de la récurrence, prise en charge de l'appel initial, etc...

C'est donc un projet ambitieux d'un guichet unique santé, soins non programmés, allant au-delà de l'ex dichotomie « permanence de soins/SAMU » qui est ici proposé. Il convient d'y ajouter d'emblée et rapidement avant le mois de juin 2020, **la mise en relation de ce dispositif avec le parcours de soins gériatriques, tout particulièrement avec les EHPAD**, par le biais de la téléconsultation ou de la télé-visio-décision (mesure 6 du pacte de refondation des urgences).

La mission considère que deux numéros plus directement liés au socle des urgences auraient vocation à être intégrés au numéro unique santé :

- Les numéros des centres antipoison: même s'ils ne sont pas des numéros d'urgence au sens de l'ARCEP, ils ont vocation à traiter des urgences médicales et donc à parvenir au SAS.
- Pour les alertes et la prévention des suicides : la création d'un numéro national de prévention du suicide est prévue par le Plan priorité prévention dont l'action n° 95 a pour objet d' « *étudier les conditions de mise en place d'une ligne d'appel nationale gérée par des professionnels formés à l'intervention téléphonique de crise suicidaire, et capables d'orienter vers les ressources existantes en fonction des situations* ». La mission estime qu'une mutualisation est possible avec le SAS, le partage des locaux des équipes du dispositif VigilansS paraît opportun (cf. exemple de la mutualisation des locaux centre 15 et équipe VigilansS à Lille). Les échanges sont ainsi facilités et la base de données des ressources et acteurs de la prévention du suicide présents sur le territoire peut être partagée, voire co-construite.

Les régulateurs de l'AMU pourront rediriger vers la ligne nationale de prévention du suicide l'ensemble des appels qu'ils identifient comme relevant de la prévention ou de la prise en charge des personnes suicidaires ou de leur orientation. En cas de crise suicidaire, après évaluation et intervention de crise, les répondants pourront décider de rediriger l'appel vers la branche AMU, s'ils estiment qu'il est nécessaire de faire intervenir les secours directement auprès de la personne.

Le guichet unique « numéro santé » est appelé à recevoir des appels à connotation plus sociale que médicale. Une réponse adaptée doit cependant être proposée dès que ce signal « d'urgence sociale » est repéré au niveau du premier niveau de réception du SAS. Ces appels seront traités par un professionnel du médicosocial après analyse en un temps qui peut être différé à 12 à 24 heures.

Ce professionnel (assistant socio-éducatif) présent selon des modalités souples (horaire/mutualisation) gère ces situations en lien avec l'ensemble des organismes concernés afin d'éviter la reproductibilité qui transforme une situation de difficultés sociales en un problème médical. La chute itérative de la personne âgée est une situation exemplaire qui sollicitera ce dispositif. Ainsi, le SAS devra être en situation de repérer les urgences sociales au travers de prises en charge pour des urgences relevant du domaine de la santé et de favoriser une prise en charge globale.

La mission préconise une évolution à terme des plateformes SAS pour qu'elles intègrent davantage la dimension sociale de leur action sanitaire. Concrètement, cela pourrait d'abord passer, à l'occasion du déploiement du SI-SAS, par une plus grande présence de professionnels capables d'entrer en conférence à 3 avec des appelants, quelle que soit l'origine de l'appel.

Même s'il n'y a pas lieu de fusionner l'ensemble des numéros, la mission considère qu'il conviendrait en tout état de cause de veiller à la bonne articulation entre les plateformes SAS et les services qui peuvent être sollicités pour la prise en charge des situations d'urgence spécifiques. Il convient en effet de s'attendre à ce que progressivement, la population retienne le numéro 113 pour toutes les urgences santé.

Recommandation n°1 Assurer à terme une articulation entre le service d'accès aux soins et les dispositifs de prise en charge spécifiques : médico-sociale, périnatale, gériatrique, psychiatrique et centres antipoison.

3.4 Mieux structurer les relations SAS - AMU - Centre de traitement de l'alerte des SDIS garantes d'un partenariat renforcé

La réflexion de la mission SAS autour de deux filières santé et secours et sécurité est confortée par les différents entretiens et visites conduits dans les dernières semaines. En ce qui concerne la relation avec la mission MARCUS, il apparaît très clairement que le « *front office* » proposé au niveau du 112 reste très directement lié aux métiers et ne permet pas d'assurer la fluidité suffisante vers l'aide médicale urgente en cas d'urgence médicale avérée.

Ceci est conforté par des analyses récentes⁶³ de la littérature dans des pays étrangers qui démontrent que l'utilisation du 112 dit « agnostique » lorsqu'il l'est, se traduit par un allongement des temps de réponse lors des filières de type accidents vasculaires cérébraux (AVC), syndromes coronariens aigus (SCA) et donc une perte de chance pour le patient. La visite menée à Paris Porte de Champerret au sein de la plateforme PFAU (17/18/112) des quatre départements parisiens et petite couronne conforte également dans cette approche, puisque le niveau de décroché en première intention est très clairement lié à une « expertise » métier et non à une approche de premier niveau, transversale.

La mission n'est pas non plus favorable à un décroché d'emblée par une filière de type soins non programmés ambulatoires (Cf. *Supra*). En effet, l'analyse des flux et des prises d'appels en terme de qualité démontre que ceci conduit à une autodétermination des patients de plus de 8,5 % et donc également par une perte de chance et un retard de décision lors d'urgences médicales immédiates.

La filière santé avec un « *front office* » géré par des assistants de régulation médicale, une orientation vers l'aide médicale urgente ou les soins non programmés ambulatoire avec bien entendu des process d'interconnexion entre ces deux ARM du SAS nous semble résolument la solution en terme de qualité et de sécurité pour les patients.

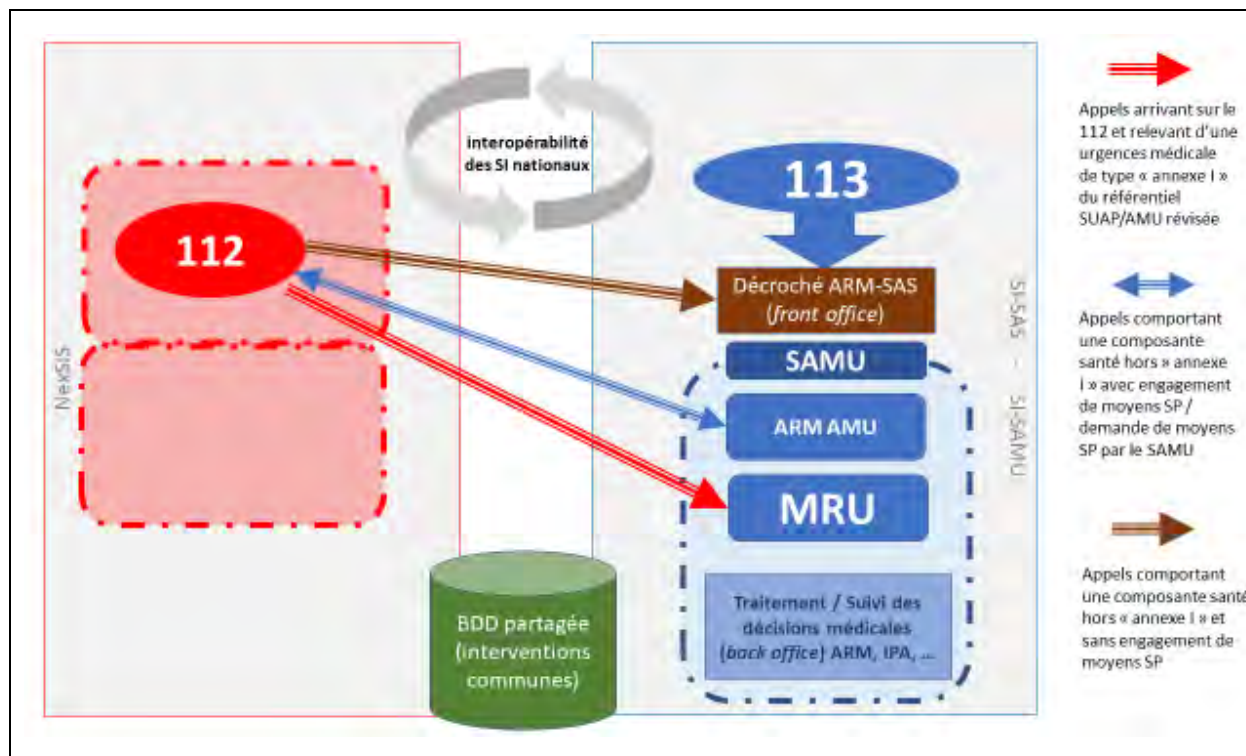
Ce n'est pas pour autant que les rapports entre les centres de traitement de l'alerte (CTA) des SDIS ou demain le 112 secours et sécurité et le 113 santé ne doivent pas être affinés, améliorés dans une volonté de performance partagée.

C'est ainsi que la mission propose que dès lors qu'un appel de type santé serait initialement pris en charge par le 112, il ne soit pas géré par le « *front office* » du 113 mais bien d'emblée par les ARM du bras aide médicale urgente (ARM).

⁶³ Fusion of dispatching centres into one entity: effects on performance. Määttä T, Kuisma M, Väyrynen T, Nousila-Wiik M, Porthan K, Boyd J, Kuosmanen J, Räsänen P. Acta Anaesthesiol Scand. 2010 Jul;54(6):689-95

Au-delà de ces décrochés par ces ARM N2 de la plateforme SAS il conviendra de **définir des surnumérations ou des numéros prédéterminés assurant au CTA, une interconnexion avec l'arbre aide médicale urgente** dans les meilleurs des délais et dans les meilleures conditions.

Schéma 5 : Dispositif d'interconnexion 112-113



Source : Mission SAS

Cette interconnexion téléphonique doit bien entendu se coupler d'une interconnexion informatique. Les logiciels et les prises de renseignements des opérateurs CTA et des ARM SAMU doivent être très simplement transmis. Ceci doit être indépendant d'une communauté de logiciels d'exploitation du dossier patient. Ce qui se passe dans de nombreux départements français : Nord, Pas-de-Calais, Picardie, Rhône, Moselle...

Il convient également de **faciliter la relation entre aide médicale urgente et CTA des SDIS sur le versant opérationnel**. Les sapeurs-pompiers, dès lors qu'ils sont sur le terrain et s'ils doivent contacter le SAMU, doivent le faire indépendamment du numéro unique santé, arriver directement sur le bras aide médicale urgente et sur la personne la plus compétente pour répondre à leur sollicitation qui sera le plus souvent un Assistant de Régulation Médicale, mais qui n'en est qu'à être prédéterminé et préévalué par les deux parties, mais pourrait être un accès direct au Médecin régulateur. Pour cela, il convient de **définir des numéros d'accès direct des chefs d'agrés des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), des infirmiers des véhicules légers infirmiers (VLI) vers des ARM du bras aide médicale urgente (AMU)**.

Les bilans dits simplifiés pourraient bénéficier d'une orientation hospitalière dès le début de la mission. Il ne sera alors pas nécessaire de repasser par le bras aide médicale urgente du SAS, dès lors que l'état clinique du patient ou de la victime ne s'est pas modifié et que le Chef d'agrès du VSAV et/ou l'infirmier du VLI ne modifient pas l'orientation prédéterminée. De nouvelles perspectives vont ensuite rapidement s'ouvrir sur des prises de bilans automatisés informatisés et des transmissions transparentes depuis le lieu de l'intervention quel qu'il soit vers le dossier de régulation du SAMU.

Un dispositif spécifique et sécurisé 112/AMU est activé lors de l'émergence d'une situation sanitaire exceptionnelle. Les liaisons cellule de crise/cellule de crise sont renforcées et totalement indépendantes des flux 112/113. Il faut ici évoquer la saturation des lignes d'urgence lors d'une situation de crise et le principe du bandeau téléphonique partagé inter SAMU représente une garantie de sécurité.

L'ensemble de ces process doivent faire l'objet de nouvelles relations constructives et partagées entre les SDIS, le SAS et plus particulièrement le bras aide médicale urgente du SAS.

Ceci doit faire l'objet d'une réactivation des conventions bipartites sous la double autorité du Préfet et du Directeur général de l'agence régionale de santé.

Recommandation n°2 Demander par instruction aux préfets et DG ARS de veiller à la structuration des relations SAS - AMU - Centre de traitement de l'alerte des SDIS garantes d'un partenariat renforcé lors de la mise en place des plateformes SAS.

BACK OFFICE

Régi par le volet AMU, fonctionnement identique SAMU CRRA15

ARM = mêmes missions qu'actuels CRRA15

Cadre d'interopérabilité avec le SDIS : plateforme virtuelle interconnectée

Cf reco CISU (en attente du premier livrable)

Appels du SDIS priorités via la SDA (sélection des appels) : ne passent pas par le « *front office* » mais ont accès priorisé à un ARM AMU (ou bilan ou gestion des moyens selon les besoins)

Possibilité de retransmettre l'appel vers le 112 lorsqu'il s'agit d'une demande de secours

Interconnexion des logiciels métiers permettant l'échange automatisé d'informations utiles pour :

- Demander l'engagement d'un prompt secours
- S'assurer l'engagement du vecteur de secours sollicité
- Informer de l'engagement d'un vecteur de l'AMU (SMUR, médecin effecteur, ambulance) ou des FO
- Réceptionner les bilans SDIS et confirmer l'orientation dans le parcours de soins par un accès priorisé à l'ARM ou l'IDE gestion de bilan sur protocole de coopération (gain de temps)
- Possibilité d'optimiser le traitement des bilans grâce aux nouvelles technologies : orientation connue dès l'engagement du moyen de secours, transmission automatisée du bilan qui s'incrémente dans le logiciel métier, lecture du bilan ARM ou IDE, pas de rappel téléphonique et confirmation de l'orientation initial si bilan correspond et n'est pas évolutif en terme de gravité (idée transposable aux VLI mais via des protocoles totalement partagés et validés.
- Numéro d'urgence dédié afin de garantir l'accès au médecin régulateur dans les plus brefs délais (Cf Advancing Call Routing)
- Partage des statuts d'intervention en temps réel

Conférence à 3 selon les besoins pour optimiser la décision d'engagement secours/santé

RETEX inter équipe : démarche qualité, créé un langage commun, favorise le partage des bonnes pratiques

Convention tripartite SAMU/SDIS/ARS + Faire vivre la convention c'est-à-dire formation commune sur les filières (exemple thrombolyse, thrombectomie, ECMO, le refus de soins) etc.

Intégrer 1 opérateur du CTA au sein du volet AMU du SAS pour optimiser les demandes d'engagement de prompt secours et fluidifier le lien avec le CTA

Source : Mission SAS

3.5 Bâtir un service d'accès aux soins pour orienter les patients vers cette organisation pluri-professionnelle de santé organisée

Il convient ici de définir quels pourraient être l'organisation, le rôle et les partenaires du versant soins ambulatoires non programmés de la plateforme SAS. Les personnels qui travailleront 24 h/24 sur ce versant sont bien entendu des médecins régulateurs, des **opérateurs de soins non programmés** (personnels de réponse) et éventuellement des infirmiers. L'organisation sera adaptée au flux des appels, elle aura une logique territoriale très probablement départementale.

Les compétences visées pour les opérateurs de soins non programmés dépendent des missions confiées. La mission formule les premières propositions :

Missions OSNP	Compétences
- Participer à la prise en charge des appels parvenant au SAS	- Identifier son rôle dans le SAS, les partenaires hospitaliers, libéraux ... - Connaître l'organisation de l'AMU et les relations opérationnelles entre les entités
- Réception d'appels préalablement et rapidement triés par l'ARM	- Utiliser la téléphonie avancée - Identifier les appels relevant de l'AMU pour réorienter l'appel vers les ARMS de l'AMU (titulaires AFGSU 1) - Accueillir l'appelant de façon adaptée et mettre en œuvre les techniques de communication
- Ouvrir un dossier de régulation médicale et orienter vers le « répondant » adapté (médecin généraliste, infirmier ...)	- Utiliser les logiciels métiers avec une prise directe d'informations administratives et le motif d'appel - Utiliser les répertoires des ressources
- Orientation vers « répondant » (médecin, infirmier ...)	- Connaître les missions des répondants potentiels
- Lien avec réseau ambulatoire, réseau hospitalier	- Identifier les parcours, réseaux de soins et ressources territoriales - Orienter vers les ressources disponibles (hors nécessité de régulation médicale) - Transmettre les informations pertinentes aux différents interlocuteurs

Une fiche de poste est proposée par la mission (Annexe2).

3.5.1 Par une évolution des modalités d'exercice de la régulation des soins ambulatoires

L'exigence de disponibilité de médecins régulateurs 24h/24 va imposer une **évolution conceptuelle autour de cette régulation de soins non programmés ambulatoires**. En effet, il semble illusoire d'imaginer que le nombre de médecins volontaires sera suffisant pour être présents au sein de la plateforme SAS 24 h/24. C'est pourquoi, il est préconisé **de favoriser le développement de la régulation « déportée »** au sein éventuellement de cabinets voire même en dehors des heures ouvrables, du domicile de certains médecins généralistes volontaires. Les outils aujourd'hui existents, ils sont opérationnels dans certains départements français. Ces outils seront choisis par l'organisation de régulation libérale de façon autonome, à l'échelon régional.

La régulation peut être déportée vers un autre lieu apportant les garanties suffisantes en termes de traçabilité, de confidentialité et de sécurisation des circuits d'appels. Seront définies à minima:

- Le circuit et les modalités de prise en charge des appels (rôle de chaque acteur, modalité de transfert des appels, visibilité des plannings...);
- La compatibilité des SI permettant la circulation sécurisée des appels et des informations (Dossier de Régulation Médicale,);
- L'évaluation et les retours d'informations (temps, suites données...).

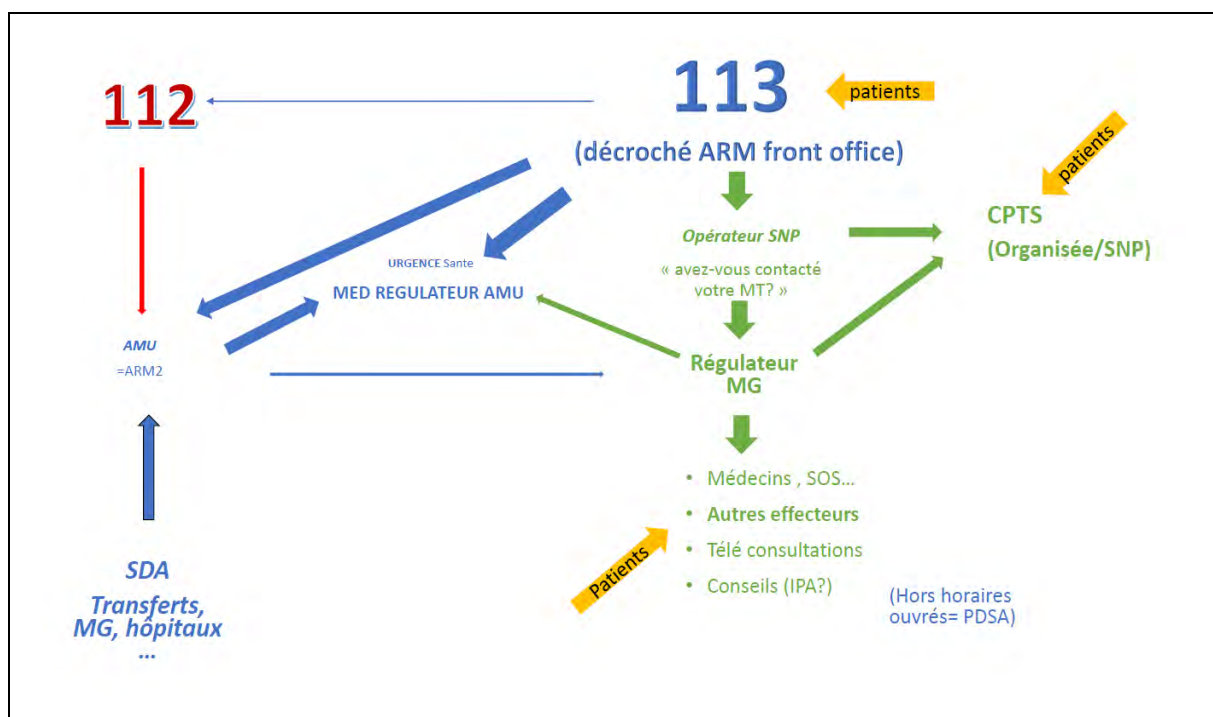
Ceci doit bien entendu s'entourer d'une **démarche qualité⁶⁴ et d'une charte d'utilisation et d'usage rigoureuses validées et certifiées**. Cependant, la mission pense qu'il est peu probable que l'ensemble des médecins régulateurs des soins ambulatoires non programmés souhaitent ce mode d'exercice de la régulation en dehors de la plateforme. Il est préconisé donc de laisser le libre choix au médecin régulateur ambulatoire et de donner la possibilité d'un **système mixte associant une présence physique** pour ceux d'entre eux qui le pourront à **cette régulation délocalisée** évoquée. Par contre, l'ensemble des autres personnels de réponse et de prise en charge doit être présent au sein de la plateforme SAS.

Recommandation n°3 Favoriser le développement de la régulation ambulatoire « déportée » assortie d'une démarche qualité et d'une charte d'utilisation et de bon usage validées et certifiées.

Afin de pouvoir offrir une réponse organisée et structurée, les acteurs de la plateforme SAS soins ambulatoires non programmés devront disposer (Cf. *supra*) d'un véritable catalogue. Le partenaire essentiel sera très probablement après une montée en charge programmée, les CPTS. **La plateforme territoriale SAS devra avoir une parfaite connaissance de l'offre de soins des différentes CPTS de son département si cet échelon territorial retenu est adapté, afin de pouvoir orienter les patients vers cette organisation pluri-professionnelle de santé organisée.**

⁶⁴ Selon les recommandations de bonne pratique de la HAS sur « les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » mars 2011

Schéma 6 : Les circuits de réponse aux besoins de soins ambulatoires non programmés



Source : Mission SAS

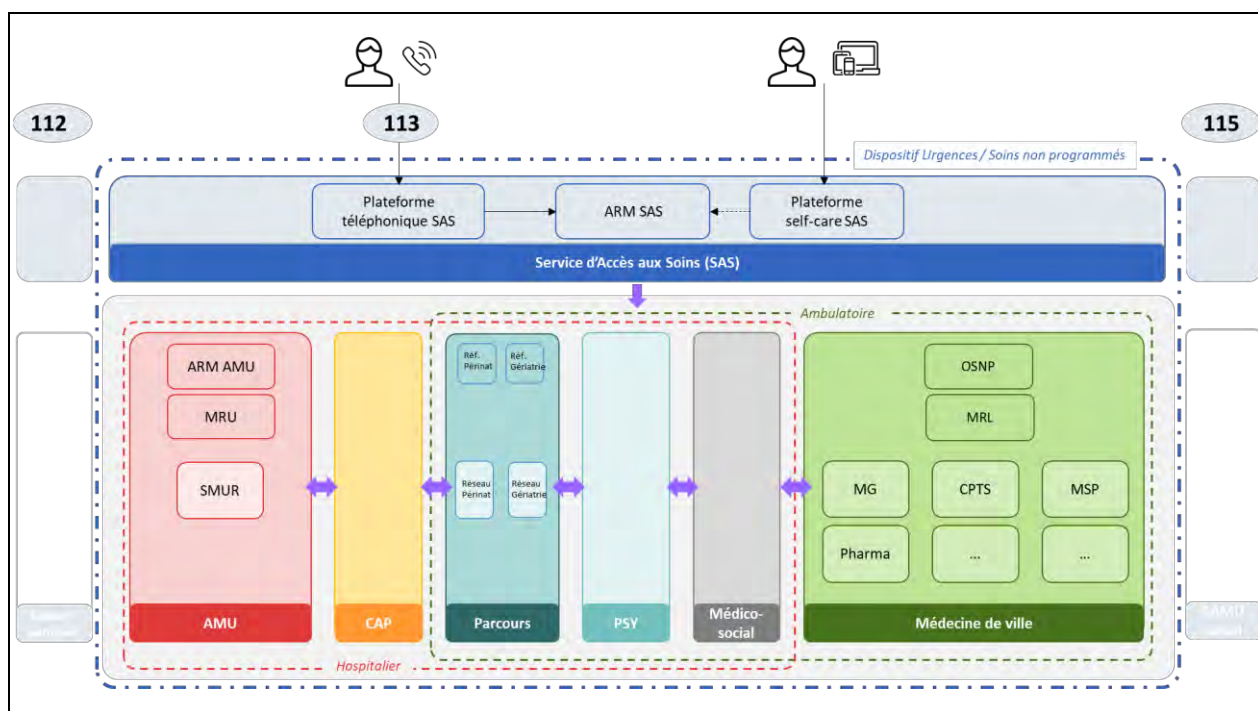
Cependant, il est également nécessaire pour le SAS de connaître en l'absence de CPTS, les autres dispositifs de réponse ambulatoire qui peuvent être des plages disponibles de consultations au sein de cabinets de praticiens libéraux ou de maisons pluridisciplinaires de santé, connaître également le dispositif de maisons médicales de garde, des centres de santé, mais également en associant les autres professionnels tels que les infirmiers, les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens. Sur le principe des agendas partagés ou ouverts, il peut être proposé qu'une demande de consultation de soins non programmés ambulatoires soit directement accessible à partir du SAS et l'offrir ainsi à un patient.

La mission souligne les risques inhérents à l'utilisation d'outils numériques basés sur une réponse immédiate aux demandes de SNP, souvent favorisée par des structures professionnelles du SNP. Ces outils semblent moins structurants pour les territoires que l'utilisation d'agendas partagés impliquant une réorganisation pluri professionnelle globale des soins primaires.

Cependant, il convient encore une fois d'insister sur le fait que **ce dispositif ne doit en aucun cas devenir à la création du SAS, le seul recours à la médecine ambulatoire et la pédagogie d'accompagnement sera très importante et déterminante.**

En résumé, le schéma suivant présente la façon dont les plateformes SAS vont s'organiser :

Schéma 7 : La plateforme SAS et ses composantes



Source : ASIP/Mission

3.5.2 Le SAS : une éducation, une information et une orientation vers l'organisation territoriale de la réponse aux SNP

La réussite du SAS passe impérativement par **une éducation et une information** des usagers les enjoignant pour toute demande de SNP à contacter dans un premier temps leur médecin traitant ou ESP, dans un second temps le numéro de la CPTS s'il existe, enfin l'utilisation **de la plateforme numérique SAS** (application smartphone, site) et le numéro Santé (113) en cas d'absence de solution.

Afin de promouvoir ce schéma, la plateforme numérique aura un rôle primordial :

- Elle permettra de garder en favori les coordonnées de son MT (tel et agenda en ligne)
- Elle permettra de géolocaliser les organisations locales (CPTS) en charge de la réponse
- Elle permettra d'identifier les autres ressources médicales et para médicales.

Comme indiqué *Supra*, la plateforme téléphonique Santé ne se situe qu'en troisième rideau en journée.

En cas d'appel direct sur ce numéro, les OSNP pourront d'emblée transférer aux organisations locales (CPTS) le cas échéant, sans passer par le médecin régulateur ambulatoire.

Ainsi, les CPTS garantes de l'organisation territoriale de la réponse aux SNP deviendront à terme, le pilier essentiel de cette réponse, en bénéficiant d'une porte d'entrée téléphonique référencée et facile d'accès grâce à l'application mobile ou site internet du SAS.

Ce schéma qui à terme permettra de modéliser la réponse sur l'ensemble du territoire, ne doit pas occulter plusieurs réalités :

- La montée en charge des CPTS sur le territoire ainsi que leur degré d'implication dans l'organisation des SNP est très hétérogène ;
- La réponse aux demandes de SNP a été depuis quelques années totalement révolutionnée par l'avènement des agendas en ligne, permettant aux professionnels de santé de libérer le soir pour le lendemain des plages de consultations. Celles-ci sont plébiscitées par les usagers, rassurés par le fait de pouvoir obtenir une réponse.

Il est donc indispensable qu'en attendant la généralisation souhaitée des CPTS, le SAS puisse faciliter l'accès à ses plages de consultations :

- D'une part, en permettant grâce à l'application, de géolocaliser des médecins disposant de ces agendas en ligne et plages disponibles ;
- D'autre part, en permettant de réserver de créneaux à la plateforme téléphonique de régulation selon les besoins du territoire.

Pendant les périodes de PDSA, les CPTS enjoignent les patients à téléphoner au 113 : là encore, la mise à disposition des agendas en ligne pourra permettre de proposer le cas échéant une consultation avec un médecin le lendemain matin par exemple sur le territoire de l'utilisateur.

Ainsi, il apparaît clairement que la réponse à la demande de soins non programmés dépendra selon les horaires, les territoires et les degrés de maturité des CPTS par plusieurs interlocuteurs : médecin traitant, CPTS, autre médecin généraliste et régulation médicale ambulatoire en dernier recours. **Cette lecture de l'offre de réponse doit impérativement être simple pour l'utilisateur et passe donc par l'information, l'éducation, et les outils numériques adaptés.**

3.6 Un service en ligne, national, qui a pour cible d'offrir le même catalogue de ressources dans chaque territoire.

Ce site⁶⁵ issu du portail sante.fr, qui pourrait s'appeler **SAS.fr** ou **URGENCE SANTE.fr** s'appuiera sur les données de la CNAM et une évolution du répertoire opérationnel des ressources (ROR). Il sera disponible dès le mois de juin 2020, permettant à tout un chacun de le consulter sans avoir systématiquement recours à la plateforme santé, dès lors qu'il s'agit d'une volonté de recours à un soin non programmé ambulatoire, en dehors de l'urgence.

Ce site sera accessible grâce à une application pratique et intuitive, depuis une tablette ou un smartphone étant précisé que les associations de patients ont insisté sur l'absence de caractère socialement discriminant de cet outil, bien au contraire.

⁶⁵ La plateforme sante.fr, portail d'accès à l'information de référence pour le grand public, prévu par l'article 88 de la Loi de modernisation de notre système de santé, adoptée le 26 janvier 2016.

« Art. L. 1111-1-1. Un service public, placé sous la responsabilité du ministère chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées. Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé. »

Ce site disposera d'un **véritable catalogue** des différentes possibilités offertes, allant de la consultation non programmée de médecine générale, de maisons pluridisciplinaires de santé, de centres de soins, d'organisations de type CPTS, d'autres professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les infirmières, et devra également présenter d'autres services comme des pharmacies ouvertes ou des pharmacies de garde. Ce site permettra également d'afficher les services hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, avec des possibilités lorsque cela est le cas, de consultations spécialisées directes dans le strict respect du parcours de soin.

Le service d'accès aux soins repose donc sur trois grands principes, le premier déjà évoqué est celui du **guichet unique** ; le second est celui d'un **accès universel en ligne, un catalogue de ressources disponibles**, essentiellement dédié d'une part à la connaissance des soins non programmés ambulatoires mais également à une information à l'usage de la régulation médicale sur les éventuels épisodes de tensions intra-hospitalières. **Il repose également sur cette plateforme santé** qui va se déployer.

3.6.1 Une plateforme digitale grand public qui doit être conçue avec un accès direct des professionnels de santé

La plateforme digitale SAS basée sur les services déjà développés pour Santé.fr, a pour vocation première l'identification rapide des professionnels de santé disponibles autour du patient. L'objectif est d'intégrer progressivement les agendas mis à disposition par les différentes plateformes numériques pour professionnels de santé (PS) afin d'éclairer le patient dans sa recherche, de manière agnostique par rapport aux différents fournisseurs de ce service. **Le conventionnement avec ces fournisseurs est un préalable à la création de l'offre sur la plateforme. Leur valeur ajoutée est indéniable.** Pour exemple, Doctolib collabore actuellement avec 100 000 praticiens sur tout le territoire (45 % des spécialistes et 20 % des généralistes) et prévoit de couvrir 140 000 praticiens fin 2020 (55 % des spécialistes et 26 % des généralistes) et actuellement avec 2 000 établissements de santé, 40 millions de visites / mois et 28 millions de patients utilisateurs, 13 millions de rendez-vous pris dans les 24 heures chez un médecin généraliste sur les 12 derniers mois, 43 % des médecins généralistes présents sur Doctolib sont disponibles dans les 24h et 74 % d'entre eux ont déjà paramétré leur agenda pour recevoir des soins non programmés.

En complément de ce service d'identification des PS, des fiches pratiques sont mises à disposition pour accompagner l'utilisateur dans la démarche à suivre en cas d'urgence ressentie, les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, quand et comment faire recours à la médecine de proximité en cas de plus grande difficulté, ...

Les professionnels de santé pourront accéder à la plateforme digitale disponible pour le grand public, avec **la possibilité de modifier directement depuis le back office leurs informations de contact, leur description et de renseigner dans un premier temps le service de gestion de rendez-vous** auquel ils sont abonnés. Ils pourront accéder au temps d'attente aux urgences, donnée mise à disposition uniquement pour les professionnels de santé. Cette plateforme devra fortement associer les différents acteurs de l'offre de soins.

3.6.2 Une nécessaire adaptation aux réalités territoriales qui doit s'inscrire dans la modernité et la promotion de la e-santé

La télémédecine va incontestablement se développer. On peut imaginer les principes à plusieurs niveaux :

- Lors d'un appel d'un patient ou de son environnement, la visualisation directe de celui-ci par le médecin régulateur du SAS d'une part dans le cadre de l'aide médicale urgente mais également dans le cadre des soins non programmés ambulatoires. Il s'agirait là d'une consultation vidéo permettant d'apporter une réponse plus affinée à une situation de demande de soins non programmés.
- A côté de cet appel vidéo entre le patient ou son entourage et le médecin régulateur, la téléconsultation devra être développée entre professionnels de santé dès lors qu'il est difficile d'avoir un accès à un médecin de proximité dans des délais raisonnables. Les échanges avec les pharmaciens et les infirmiers ont été en ce sens très riches d'enseignement. Celle-ci ne doit se faire que dans le cadre d'une organisation mise en place et validée par les acteurs du champs ambulatoire (CPTS etc.). Ce recours aux téléconsultations est réalisé dans certaines situations dérogatoires au parcours de soins coordonné notamment pour un patient sans médecin traitant ou lorsque celui-ci est indisponible dans le cadre d'une organisation territoriale de téléconsultation qui devra organiser une réponse en télémédecine « de manière coordonnée ».

Il existe aujourd'hui des dispositifs de téléconsultation ou télémédecine qui vont bien au-delà de la simple transmission vidéo permettant l'auscultation à distance, la réalisation d'électrocardiogrammes à distance, assurant un examen clinique de première orientation de qualité.

Il pourrait être envisagé par exemple un partenariat avec des pharmaciens qui disposeraient de ces outils intégrés de téléconsultation. Dès lors qu'un patient est à distance d'un médecin de proximité ou d'une structure organisée de soins non programmés ambulatoires, il s'orientera vers ce pharmacien qu'il sait disponible, le lien pourrait être fait entre cette unité de téléconsultation et le médecin du SAS. Une réponse à plusieurs niveaux peut être envisagée, soit par les médecins de la CPTS si les ressources sont suffisantes, par des médecins du territoire sollicité par le SAS ou des médecins extra territoriaux en cas de contractualisation formelle par les CPTS avec des plateformes déportées.

Ce dispositif a également retenu toute l'attention des représentants des professions infirmières audités par l'équipe projet.

Le volet télémédecine sera incontestablement une valeur ajoutée au SAS et est appelé à se développer. Il convient de l'organiser mais également très probablement de l'enseigner et de l'évaluer.

Recommandation n°4 Organiser une réponse en télémédecine « de manière coordonnée » pour le recours aux téléconsultations dans certaines situations dérogatoires au parcours de soins coordonné notamment pour un patient sans médecin traitant ou lorsque celui-ci est indisponible dans le cadre d'une organisation territoriale.

Les évolutions technologiques seront un facteur de succès à la mise en œuvre du SAS. Le premier point est bien entendu l'organisation en soi de la plateforme et des possibilités de réponse du bandeau unique devant faire appel à la santé digitale : intelligence artificielle, reconnaissance vocale, intégration automatisée de bilans, téléconférence, visioconférence avec le patient, téléconsultations

multi-partenariales, dossier médical partagé, etc... Il s'agira d'assurer par les mêmes outils techniques, de travailler avec un SI interactif, progressif avec des jalons à côté du bandeau.

La mission tient à souligner qu'en dehors du principe retenu de portail unique et de « *front office* », un certain nombre de facteurs clés de succès se dessinent : d'une part, ressources humaines médicales et non médicales, partenariat pluri-professionnel entre professionnels de santé, technologie de la e-santé en plein développement appliquée aux soins non programmés, réception des signaux des objets de santé connectés, cartographie précise de l'offre de soins territoriale disponible (SAS.fr), d'autre part.

Recommandation n°5 Inscrire le déploiement du bandeau téléphonique du SAS dans la promotion de la e-santé selon un cahier des charges à définir en rapport avec les objectifs du pacte de refondation des urgences

Ceci relève d'un cahier des charges qu'il convient de définir. Les solutions industrielles existent. Plusieurs d'entre elles aujourd'hui sont particulièrement performantes et très rapidement opérationnelles. La mission estime que doivent être évoquées et envisagées toutes les possibilités de partenariat public / privé afin d'incrémenter les solutions existantes, d'offrir une réponse homogène sur l'ensemble du territoire national dans des délais qui sont aujourd'hui contraints. Le travail réalisé avec la délégation ministérielle du numérique en santé, la DGOS, le SGMCAS et l'ASIP est déterminant dans la définition de l'architecture technique qui permettra de répondre aux enjeux du SAS.

3.7 La réussite de la mise en œuvre du SAS impose une gouvernance territoriale ville-hôpital structurée et basée sur nouvelle approche fédérative des acteurs

Le SAS dans sa gouvernance doit être une réelle opportunité en offrant le « modèle » des nouvelles relations ville / hôpital. **Il s'agit en même temps d'un dispositif libéral et d'un dispositif hospitalier** et avant tout d'un dispositif rompant avec les dogmatismes qui ont pu être source d'un certain nombre de malentendus.

Le SAS devra donc être « co-gouverné » à la fois par la partie aide médicale urgente et donc hospitalière mais également par la partie soins ambulatoires non programmés donc libérale. La mission insiste sur cette **co-gouvernance, cogestion, co-évaluation**, qui s'appuiera sur un comité de pilotage, sur un comité médical dont il faut définir les contenus, mais qui devra cependant être garante d'une souplesse permettant en permanence de s'adapter.

Il s'agit bien de mettre en œuvre le décloisonnement ville/hôpital et de favoriser la mise en réseau des acteurs. **La co-gouvernance est fondamentale pour définir et évaluer le « front office » et l'articulation des deux champs ambulatoires et AMU.** En revanche, **l'organisation de l'AMU doit relever de la responsabilité du secteur hospitalier et l'organisation des soins ambulatoires non programmés du secteur ambulatoire.**

Les Agences Régionales de Santé auront ici un rôle de conseil et d'accompagnement indispensable.

Ceci se traduit obligatoirement par un niveau de confiance de cette nouvelle offre de soins reposant sur un guichet unique, par l'abandon d'un certain nombre de numéros de téléphone : le 15 devra disparaître au profit du numéro unique santé, le 116 117⁶⁶ ou les numéros de téléphone dédiés à la permanence de soins ambulatoires devront également disparaître au profit du numéro unique santé.

⁶⁶ ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS

La gouvernance du SAS sera territoriale, très probablement départementale, mais elle devra cependant donner lieu à une instruction nationale. Au sein de cette gouvernance devront être associés les autres partenaires que seront les CPTS et éventuellement d'autres structures de soins non programmés n'appartenant pas aux CPTS.

Les conditions de réussite de la mise en place du SAS sont exigeantes :

Quels sont les objectifs communs partagés entre AMU et médecine ambulatoire au niveau de la gouvernance du SAS ?

- Mettre en œuvre une démarche qualité commune : assurance qualité qui devra être cogérée et non pas imposée par les SAMU ou les CH
- Construire un plan de formation pour le « *front office* » intégrant le volet SNPA
- Etablir le règlement intérieur de la structure qui s'appuie sur les règles de bonnes pratiques (régulation médicale, télémédecine ...)
- Valider des protocoles communs s'appuyant sur les recommandations professionnelles et les sociétés savantes

Les schémas organisationnels cibles, tant pour la régulation AMU que SNPA, doivent être construits sur la base d'un projet médical commun et concerté pour le territoire concerné. Le projet médical doit se structurer autour d'objectifs à atteindre en termes de qualité de prise en charge des patients, pour un périmètre géographique et populationnel préalablement défini, tout en décrivant les modalités organisationnelles adoptées pour atteindre lesdits objectifs. Le projet médical constitue le socle du projet d'articulation territorial des SAS ;

L'évaluation du dispositif doit permettre de mesurer l'atteinte des objectifs recherchés et les éventuelles sources d'amélioration ;

S'agissant de la structuration de la co-gouvernance, la mission recommande :

- Un **comité médical** (coordination opérationnelle) : 2 responsables (1 médecin urgentiste hospitalier pour l'AMU et 1 médecin généraliste libéral pour la médecine ambulatoire)
+/- Intégration possible d'autres acteurs (cadre supérieur de santé ou cadre de santé, superviseurs) aux choix des partenaires.
- Un **comité de pilotage** : plus ouvert, plus de représentants professionnels intégrés
Volet AMU : Chef de service AMU, cadre supérieur de santé ou cadre de santé, directeur du CH ou son représentant, 1 médecin représentant des urgences/SMUR du département, 1 représentant de la FHF (5 personnes)

Volet médecine ambulatoire : 1 médecin chef du volet SNPA, 1 représentant de l'URPS, 1 membre du conseil de l'Ordre, 1 représentant des MSP etc..., 1 représentants des CPTS

1 représentant des usagers

1 représentant du SDIS

AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DÉCEMBRE 2018

Sur le 116-117 :

- En dehors des 3 régions pilotes (Normandie, Corse et Pays-de-la-Loire) 32% des CDOM ont déclaré être favorables à la mise en place du 116-117 ;
- Selon l'enquête auprès des médecins généralistes sur la PDSA, ELABE, 2019, 43% des médecins assurant des gardes considèrent que la création d'un numéro unique n'incluant pas l'AMU et les urgences hospitalières serait efficace pour améliorer le fonctionnement de la PDSA et 40% qu'elle serait inefficace

Recommandation n°6 Élaborer une instruction déterminant et garantissant les modalités de cogestion et copilotage des plateformes territoriales SAS et clarifiant les champs de responsabilité de chacun des acteurs ambulatoire et hospitalier

La mission préconise d'intégrer le SAS au sein du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS)⁶⁷ qui doit évoluer dans ses missions et qui serait chargé de piloter et d'évaluer l'organisation départementale de la continuité et de la permanence des soins. Il sera destinataire des données de santé recueillies par les systèmes d'information du numéro santé unique, des organisations territoriales libérales et de l'AMU.

Recommandation n°7 Modifier les articles R. 6313-1 et R. 6313-1-1 du code de la santé publique afin de veiller à l'organisation et l'évaluation de la continuité et de la permanence des soins

3.8 La Délégation du Numérique en Santé du ministère des solidarités et de la santé et l'ASIP Santé peuvent concevoir et déployer le SAS numérique tout en respectant le cadre éthique et réglementaire de la santé défini dans la doctrine du numérique en santé

La mission a mené des séances de travail avec la délégation au numérique, la DGOS et l'ASIP pour s'assurer des capacités à mener ce projet national ambitieux et à forts enjeux. Le SAS est avant tout un dispositif organisationnel, doublé d'un dispositif technologique et applicatif. Concernant, ce dernier volet, il apparaît indispensable de capitaliser sur les initiatives actuelles afin de garantir une mise en œuvre rapide tout en assurant une bonne gestion des fonds publics. Le SAS tel que proposé par la DNS et l'ASIP Santé, s'appuie sur des expertises et des composants existants et mis à l'état de l'art, partageant déjà un périmètre commun avec le SAS, tant sur la finalité et services offerts que sur les acteurs ciblés :

- Santé.fr, portail grand public, disponible sur site web et applications mobiles, site de référence national garantissant l'accès gratuit et le plus large possible à l'information sur la santé et l'offre de soins pour l'utilisateur,
- L'expertise en téléphonie développée par l'ASIP Santé dans le cadre de la mise en place du 116 117 ainsi que sur le programme SI-SAMU,
- Le ROR, RPPS, ADELI, AMELI, FINESS, CNSA ... qui ont pour finalité de décrire l'offre de santé sur l'ensemble des champs, sanitaire et médico-social. Référentiels piliers de l'offre de santé dans la doctrine du numérique en santé, en cours de concertation, ils alimenteront les applications et portail d'orientation, régulation, coordination et information de l'utilisateur.

La mission tient à souligner que la CNAM tient une place importante dans le dispositif du fait des données dont elle dispose sur l'ambulatoire. Dans le champ conventionnel, les délégués de l'assurance maladie (DAM) participent à la récolte de données provenant en particuliers des déclarations des médecins libéraux sur AMELIpro concernant les indicateurs pour la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Dans ce cadre, le forfait structure 2019 prévoit notamment l'affichage des horaires du cabinet dans un annuaire santé, l'implication dans des démarches de prise en charge coordonnée, et les services offerts aux patients. Deux nouveaux indicateurs portent sur les

⁶⁷ Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

équipements permettant la réalisation de téléconsultations : acquisition d'un équipement ou abonnement payant à une solution pour réaliser des téléconsultations avec télétransmission sécurisée...

Dans le respect des grands principes de la doctrine du virage du numérique en santé, et face aux enjeux d'accès à l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de protection des données des usagers, la gestion et le pilotage du SAS doivent être confiés à des acteurs publics. Loin de s'opposer à l'écosystème privé, la DNS et l'ASIP Santé intégreront les services privés à valeur ajoutée pour le SAS.

En particulier, le conventionnement avec les opérateurs du service de prise de rendez-vous en ligne (Allodocteur, Docavenue, Doctolib, KelDoc ...) pourra permettre d'assurer cette offre sur la plateforme et de sécuriser le calendrier tout en respectant la pluralité des acteurs, le principe d'égalité de traitement pour les professionnels et la gratuité pour l'utilisateur.

Par ailleurs, afin d'assurer une description de l'offre la plus adaptée aux usages des citoyens, le SAS pourra compléter le contrat d'interface « prise de rendez-vous » établi avec les prestataires de service avec un volet dédié à la taxonomie pour récupérer la donnée de description de l'offre déjà disponible auprès des services. Parallèlement, une fonctionnalité d'accès directe au back office pour les professionnels permettra l'enrichissement et la mise à jour des données les concernant.

Il s'agit de diversifier l'offre, de s'appuyer sur les nouveaux outils mais également de déployer des actions à destination des personnes ayant des besoins spécifiques, des publics fragiles, d'éduquer la population au bon usage du système.

Il s'agit également d'harmoniser la proposition de l'offre sur les territoires et de la sécuriser dans le cadre commun du service public afin qu'aucune modification de l'organisation ne puisse priver les citoyens du service dans le futur.

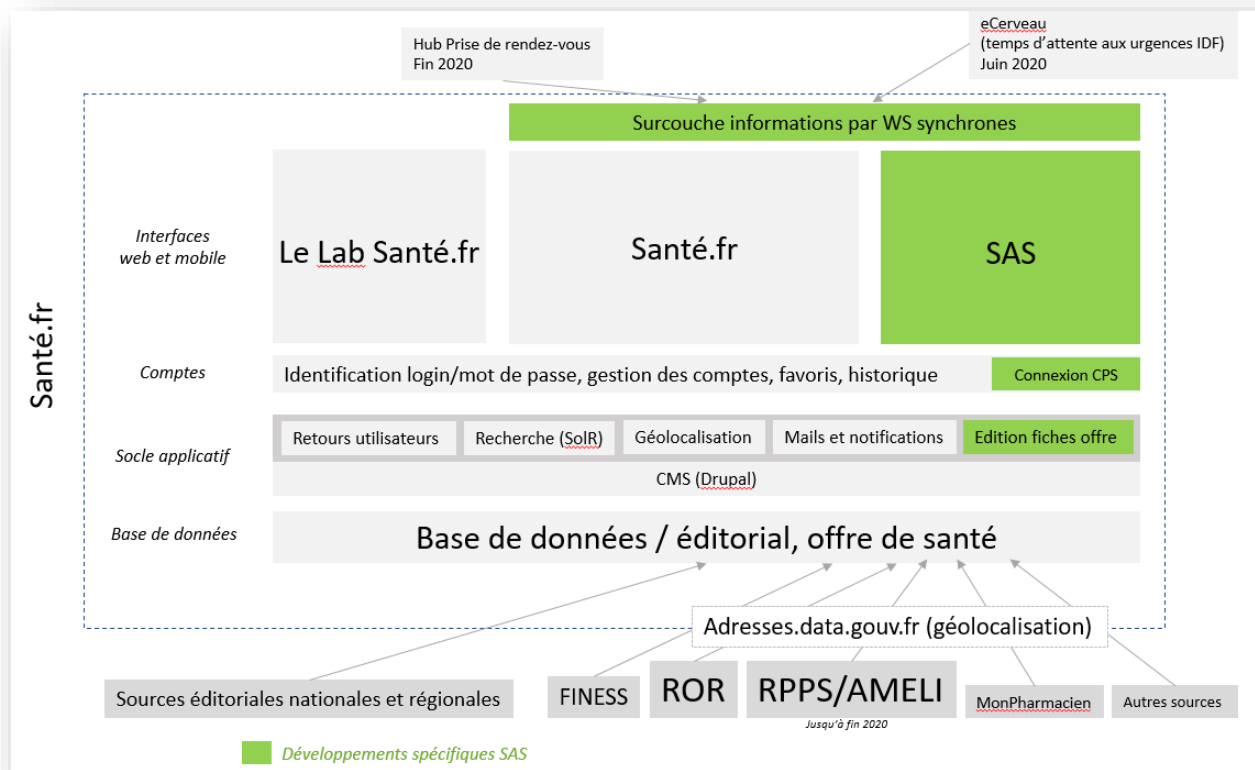
Un enjeu également essentiel du service est celui de la protection des données des usagers. Dans la perspective d'un développement technologique évoluant à un rythme accéléré, il est essentiel de **garantir la confidentialité, la protection des données des usagers et l'accès gratuit et équitable au système de soins**. Pour cela, la mission estime que malgré l'intérêt assuré de s'appuyer sur des offres de service à valeur ajoutée, il demeure essentiel de **préserver le pilotage et la gestion du service par des acteurs publics**.

Cette orientation est cohérente avec les grands principes de la doctrine du virage du numérique en santé qui prône le rôle de l'État socle en lien avec les services privés à valeur ajoutée ainsi qu'avec l'art. L. 1111-13-1.-II du code de la santé publique⁶⁸.

Recommandation n°8 Favoriser le partenariat avec les offreurs de service à valeur ajoutée pour le SAS tout en garantissant la confidentialité et la protection des données des usagers.

⁶⁸ Modifié par la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Schéma 8 : Architecture de la plateforme digitale



Source : ASIP/DNS

Ainsi, les fonctionnalités attendues par le SAS peuvent d'ores et déjà s'appuyer sur les services existant dans Santé.fr :

- La recherche et la présentation de l'offre éditoriale,
- L'annuaire géolocalisé, alimenté par des nombreuses bases de données nationales et régionales (entre autres, FINESS, RPPS, AMELI, le ROR, MonPharmacien, l'annuaire des Ehpad de la CNSA, etc...)
- La géolocalisation
- Les retours utilisateurs (satisfaction, feedbacks, signalements),
- Les mails et les notifications (via le compte ou en push sur mobile),
- La gestion des comptes, les favoris, l'historique de consultation, etc...

Certaines fonctionnalités feront en revanche l'objet de développements spécifiques :

- Enrichissement et mise en exergue de l'offre de soins non programmés sur le volet géolocalisé (CPTS, ESP, professionnels libéraux, pharmacies de garde, accueil de soins en urgence, permanence de soins ambulatoire, etc...).
- Edition de leurs données directement par les professionnels dans le back-office
- Prise de rendez-vous par renvoi vers les services de prise de rendez-vous (accès à la disponibilité, accès aux agendas)

- Recherche et consultation de contenus d'éducation au bon recours aux urgences, aux bons gestes, à l'orientation dans le système de soins.
- Consultation et réception de contenus spécifiques liés au lieu de résidence de l'utilisateur en lien avec les agences régionales de santé.
- Accès au service en langue étrangère (arabe, anglais...).
- La connexion par carte CPS, qui permettra au professionnel d'éditer les données présentées sur sa/ses fiche(s),
- L'ensemble de connecteurs à des web services synchrones permettant d'afficher, dans les résultats de recherche et dans les fiches des informations provenant de sources tierces (temps d'attente aux urgences, disponibilité/calendrier de prise de rendez-vous, agendas partagés...).

Ce scénario est guidé par l'obligation de résultats et s'écarte de la stratégie portée pour le ROR dans l'objectif d'améliorer drastiquement le service rendu dans un calendrier resserré.

3.9 La plateforme téléphonique SAS : un déploiement progressif de la solution cible, nécessitant des conditions adéquates de sécurité et une vigilance sur les plans organisationnel, juridique et technique

La mission a mené des séances de travail, avec les mêmes acteurs, DGOS, DNS et ASIP chargée du projet SI-SAMU afin d'étudier les différentes possibilités pour atteindre l'objectif cible d'une plateforme téléphonique nationale (dite téléphonie avancée ou bandeau téléphonique SAS) facilitant la gestion et le transfert des appels entre acteurs, notamment pour la régulation à distance, permettant aussi le débordement et l'entraide et dotée d'un système national de gestion (logiciel national de régulation médicale SAS).

La mise en place de la plateforme téléphonique SAS peut comporter 4 volets :

- **L'acheminement des appels 113,**
- Une **solution de téléphonie avancée dédiée 113** (bandeau SAS),
- Un **logiciel de régulation médicale (LRM)**, permettant notamment de renseigner les informations sur l'appelant : nom, contact et motifs de l'appel, ...
- Un **service de statistiques homogènes sur les flux d'appels téléphoniques** (via l'OTN, le service d'opérateur télécom national) offrant un 1^{er} niveau d'entraide entre plate formes.

Mettre en place l'acheminement du 113 dans les différentes plateformes SAS est un projet technique analogue à celui lors de la mise en place du 116 117 réalisé par l'ASIP Santé en 2017-2018. Cette mise en place au travers des infrastructures techniques actuelles des SAMU est réalisable dans un délai d'une année et demi.

Cet acheminement peut être réalisé avec un démarrage du SAS sur tout le territoire national, pour permettre une communication claire et lisible au grand public notamment. Néanmoins pour juin 2020, seule une dizaine de plateformes SAS pilotes pourra être adaptée au niveau de son organisation interne et de sa téléphonie avancée. Pour les SAMU ne faisant pas partie des pilotes, les appels téléphoniques SAS seront acheminés vers un numéro préexistant du SAMU (15 ou le 116 117) et leur traitement se fera de manière analogue au traitement actuellement en vigueur.

Pour les autres plateformes SAS dont la téléphonie n'aura pas été adaptée, le numéro unique santé arrivera sur le 116 117⁶⁹. Néanmoins cette mise en place présente l'inconvénient de ne pas permettre aux opérateurs de pouvoir distinguer quel numéro l'utilisateur a composé pour joindre la plateforme SAS. Il ne sera donc pas possible de différencier les volumes d'appels du 113 versus le 15 ou le 116 117 suivant le choix fait par la plateforme SAS. Pendant cette période temporaire, le SAMU conserve son bandeau téléphonique actuel et son logiciel de régulation médicale.

Si les téléphonies locales permettent d'assurer l'acheminement des appels du SAS, ces mises en place restent artisanales et non optimales en termes de conduite du processus opérationnel et elles ne permettent notamment pas de réaliser de l'entraide entre sites et donc de permettre d'atteindre les objectifs de qualité que se fixe le SAS.

Pour exemple, certains points restent à expertiser, telle que la question de la remontée de l'information de disponibilité du médecin régulateur ambulatoire en « temps réel » pendant la plage de présence de régulation à distance par collecte automatisée (solution technique à identifier, implique un lien avec l'opérateur de téléphonie) du statut occupation/disponibilité de la ligne téléphonique.

Ainsi, l'opérateur de soins non programmés (OSNP) n'aura pas la lisibilité requise au statut de disponibilité/occupation du médecin régulateur ambulatoire pendant cette plage de régulation à distance. Par ailleurs, il n'y a pas d'interconnexion possible entre le LRM AMU et le LRM du médecin libéral (pas de transmission de données possible).

En l'absence d'outils adaptés, la médecine ambulatoire n'aura de possibilité que d'opter dans un premier temps pour une régulation depuis la plateforme, plus sécurisante.

En effet, le SAS se fixe des **objectifs de qualité ambitieux**. L'organisation de ce « *front office* » doit répondre aux exigences des centres d'appels modernes. SAMU-Urgences de France estime que les indicateurs suivants sont nécessaires :

- Taux de charge (TC) des ARM « SAS » à 60 % du fait de la virtualisation de la distribution téléphonique ;
- Taux d'accueil (TA) des appels entrants égal 99,95 % (nombre d'appels décrochés / (nombre d'appels entrants - nombre d'appels abandonnés) ;
- Taux de décroché sous 15 secondes (Qs15) à 90 % des appels⁷⁰ ;
- Taux de décroché sous 30 secondes (Qs30) à 99 % des appels⁷¹.

Pour assurer ces objectifs, il est nécessaire que les SAS intègrent un réseau professionnel et organisent leur « *front office* » en facilitant l'accès du patient grâce à l'entraide entre les SAS voisins. Pour assurer l'entraide entre plateformes SAS, à minima un système de téléphonie national commun entre les différentes plateformes SAS doit être mis en place pour permettre de rendre opérationnels les mécanismes de débordement d'une plateforme SAS sur d'autres. Ces mécanismes peuvent prendre toutes les formes organisationnelles attendues par le métier (entraide et articulation

⁶⁹ Canal qui permet de suivre les volumes d'appels arrivant respectivement sur le 113 et sur le 15 (le 116 117 n'étant pas utilisé hors régions expérimentatrices)

⁷⁰ Hors appels raccrochés dans les 15 secondes

⁷¹ Idem

nocturne mais aussi des logiques de débordement manuel ou automatique sur un SAMU ou plusieurs).

Recommandation n°9 Envisager un système de téléphonie national commun entre les différentes plateformes SAS pour permettre de rendre opérationnels les mécanismes de débordement d'une plateforme SAS, pour assurer l'entraide entre plateformes SAS

Sur les fonctionnements de coopération et d'entraide entre plateformes SAS, cinq scénarios ont été envisagés et analysés et permettent d'atteindre pour quatre d'entre-deux, les objectifs de taux de décroché sous 30 secondes à 99 % des appels. Ils présentent en revanche des plannings de mise en place très différents. Une étude complémentaire sera notamment prévue dans le cadre du programme SI-SAMU pour élaborer la solution outre-mer dont le déploiement n'est prévu aujourd'hui qu'à partir de 2024.

Concernant la régulation « déportée », les scénarios adressent différemment cette thématique clé pour le programme SAS. Dans les cas où il y a capitalisation sur le SI-SAMU, il est possible de s'appuyer sur la mise en œuvre de la régulation « déportée » qui est une priorité aussi pour le programme SI-SAMU qui prévoit de construire dès la fin de la première version complète (V1R01A, prévue par le programme SI-SAMU fin 2020) les deux outils nécessaires à une régulation à distance l'outil LRM et le bandeau téléphonique. Toutefois, il y aura lieu de vérifier que la possibilité de généralisation de la régulation déportée ambulatoire soit bien prise en compte dans le projet SI-SAMU.

Seuls les scénarios offrant une téléphonie partagée par les SAMU sont en capacité d'atteindre les objectifs de qualité de service fixés pour le SAS. Parmi les scénarios envisagés, seul le scénario où le SI-SAMU continue sa progression « Capitalisation sur les briques applicatives et téléphoniques du SI-SAMU », induirait une augmentation du niveau de risque pour le programme SI-SAMU.

Les scénarios 1 et 3 sont les plus pertinents d'un point de vue économique. Ils répondent cependant à des ambitions et contraintes fondamentalement différents :

- Le scénario 1 : Pas de mise en place d'une plateforme de téléphonie nationale pour les plateformes SAS :

Des évolutions des solutions locales sont nécessaires. La téléphonie reste basée sur la version des outils déployés à juin 2020 dans les SAMU (extension des outils de téléphonie existants dans les SAMU). Des évolutions sont demandées aux éditeurs sur les outils pour répondre aux besoins des structures SAS tant sur les volets téléphoniques qu'applicatifs, En revanche, une implémentation des téléphonies SAS avec les téléphonies locales actuelles des SAMU ne permettra pas d'atteindre les objectifs de décroché (QoS) de 99 % à 30 secondes du SAS. Il repose donc sur la mise à niveau des téléphonies locales, ne facilite donc pas l'entraide et l'articulation inter-SAS, ni ne permet la régulation « déportée ». Par ailleurs, il est fortement dépendant de discussions de chaque SAMU avec l'éditeur de sa solution, ce qui peut être vu comme un risque dans la réussite de la mise en œuvre du SAS.

- Le scénario 4 : Modification du programme SI-SAMU en l'état et pour se focaliser exclusivement sur le SAS. Le bandeau (qui fonctionne) est adapté pour répondre aux besoins des structures SAS.
- Le scénario 3 : Capitalisation sur les briques applicatives et téléphoniques du SI-SAMU compte tenu de la continuité du programme SI-SAMU.

Cependant, **la mission propose de retenir le scénario 3 de capitalisation sur la brique téléphonique de SI-SAMU** car les autres scénarios nécessitent de repasser des marchés adaptés pour la construction du SAS (délai nécessaire à la passation des marchés et à la relance de la construction (1 an pour les marchés, 1 an pour la construction du bandeau et de la LRMv1, déploiements entre 2 et 4 ans à partir de T0) ou d'élaborer des spécifications à l'attention des opérateurs en place (Scénario1) pour organiser l'entraide et l'échange de données (cahier des charges national) avec un délai de mise en conformité qui n'est pas compatible avec les objectifs du pacte de refondation des urgences. Toutefois le scénario tenant compte de l'éventuelle modification du programme SI-SAMU en l'état pour se focaliser exclusivement sur le SAS est pris en compte dans l'étude de l'impact financier du SAS. Le bandeau en cours de validation est adapté pour répondre aux besoins des structures SAS.

Ce scénario 3 répond à l'ensemble de l'ambition SAS d'optimisation de la régulation et permet structurellement d'évoluer vers la régulation « déportée ». Comme le scénario 1, il favorise les échanges entre le SAS et les SAMU. Ces avantages, liés à l'unification des systèmes, le rendent par contre totalement lié au développement du programme SI-SAMU (concentration des risques intrinsèquement liée à la mutualisation).

Les développements supplémentaires consisteraient d'une part à adapter le bandeau SI-SAMU avec des fonctionnalités du bandeau SAS et d'autre part de développer les écrans spécifiques pour les nouveaux rôles au sein des plateformes SAS (ARM SAS et OSNP). Le bandeau du SI-SAMU ne permet pas actuellement la régulation « déportée » et ne sera disponible que dans la première version. En termes de volume, ces développements sont faibles car le bandeau SI-SAMU permet via un paramétrage et un petit développement son adaptation.

En ce qui concerne les écrans pour l'ARM SAS et l'OSNP, les outils de régulation médicale de ces deux fonctions sont faciles à produire en déclinaison des écrans de l'ARM et des médecins de régulation. L'ensemble de ces développements seraient ajoutés aux développements à conduire sur l'année 2020 venant alourdir la construction de la première version mais dans des proportions faibles. Néanmoins même si ce développement est relativement faible, il ne pourra pas se faire sans altérer la trajectoire de construction prévue.

En termes de déploiement, il serait judicieux d'assurer une mise en œuvre identique avec celle du SI-SAMU en déployant simultanément les fonctionnalités SAS. Il est néanmoins prévisible que la logique de déploiement du SAS s'implémente dans une logique différente de celle du SAMU, en équipant d'abord les grandes plateformes SAS pour assurer autant que possible l'atteinte rapide du désengorgement des urgences. Il est à noter que le programme SI-SAMU est au début de son déploiement avec le SAMU de Mulhouse en 2020 et n'aura pas encore industrialisé ces processus à ce moment pour en faire bénéficier le programme SAS. **Une stratégie de déploiement devra être affinée et arrêtée.**

Analyse du risque de planning : Même si les développements à réaliser sont relativement faibles, le fait de réaliser le scénario retenu induirait que le programme SI-SAMU ne pourrait plus se dérouler comme il a été prévu car sa trajectoire de construction et de déploiement devrait être revue. Il est à préciser que l'atteinte du jalon « mise en service du bandeau téléphonique à Mulhouse » ne démontre pas à ce stade la capacité du programme à déployer de façon industrielle ce composant dans les 100 autres SAMU. Le déploiement du bandeau téléphonique et du logiciel de régulation médicale (LRM) dans les SAMU, dans le cadre du programme SI-SAMU, s'appuie sur un temps long (estimé à 18 mois de préparation avec chaque SAMU). Ce délai pourrait sans doute être réduit mais le déploiement

d'équipements dans chaque site impose un délai incompressible (à identifier par l'ASIP en relation avec ses industriels et les informaticiens des établissements de santé concernés).

Analyse du risque financier : Le risque financier doit être évalué plus précisément. Même si la quantité de développement est faible et que le programme SAS qui capitalise sur le SI-SAMU prendrait à sa charge les coûts supplémentaires, il est possible que les industriels revisitent leur prétention sur le programme SI-SAMU. Enfin, en termes de budget global la réutilisation du bandeau SI-SAMU pour faire le bandeau SAS serait extrêmement positif au lieu de procéder à une création spécifique dont les coûts sont très importants.

Analyse du risque juridique sur les marchés : Sur la partie logiciel, la prise en compte de ce nouveau périmètre de développement n'est pas conséquente et le fait que la thématique soit proche des SAMU rend envisageable la mise en place d'un avenant permettant d'intégrer ce nouveau périmètre. Sur la partie téléphonique, les volumes traités et le fonctionnement opérationnel par les marchés de télécommunication sont similaires laissant penser un impact marché qui ne soit pas conséquent. Les marchés publics sont adaptés au programme SI-SAMU : la faisabilité juridique de faire porter par ces marchés, les adaptations nécessaires pour le SAS doit être vérifiée. Une analyse de risque juridique doit donc être conduite pour confirmer définitivement ce point.

Recommandation n°10 Sécuriser le scénario de capitalisation sur le bandeau téléphonique de SI-SAMU pour la construction du SI-SAS en évaluant plus finement les risques induits

3.10 Un cadrage et un suivi national sont indispensables à la mise en œuvre d'un SAS qui réponde aux objectifs fixés

3.10.1 La mise en place d'un comité national de suivi constitue un premier vecteur structurant du cadrage du SAS.

La mise en œuvre du service d'accès aux soins nécessitera un suivi pendant toute la durée de sa montée en charge et de son déploiement à l'ensemble des plateformes. La mission propose que chaque trimestre, un comité de suivi national rassemblant tous les acteurs concernés se réunisse pour s'assurer de la mise en œuvre du service d'accès aux soins dans les territoires et en analyser les résultats. Il sera chargé aussi d'identifier les difficultés et les freins rencontrés sur le terrain. Les acteurs régionaux seront force de proposition auprès du comité de suivi national pour l'adaptation éventuelle du plan de déploiement et de ses principales mesures.

Le comité de suivi national veillera au déploiement du service d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, à la communication nationale sur le bon usage du système de soins par la population et au déploiement des systèmes d'information permettant d'exploiter les données de santé issues de l'activité de soins, en urgence comme en continuité des soins. Il assurera l'évaluation nationale du SAS et proposera des adaptations éventuelles.

3.10.2 Un pilotage opérationnel rapproché doit s'assurer du respect de la mise en œuvre du service d'accès aux soins

Ce pilotage opérationnel doit permettre un suivi tant du point de vue de l'objectif de développement de la plateforme digitale que du bandeau téléphonique. **Ce pilotage opérationnel doit également s'assurer que chaque étape du projet est maîtrisée tant sur le fond** que sur les délais prévus. Il conviendra notamment d'assurer le suivi de la réalisation des actions mentionnées dans ce rapport et récapitulant les étapes à mettre en place.

La mission propose que, la coordination du projet pour les différentes directions des ministères sociaux en lien avec une maîtrise d'ouvrage déléguée à l'ASIP Santé soit assurée par le SGMCAS, chaque direction restant compétente dans son champ.

Un chef de projet devra être désigné et assurera également une coordination avec la CNAM.

Ce pilotage suppose des points d'étape réguliers sur l'avancement des différents chantiers nécessaires à la mise en œuvre du service d'accès aux soins. Le projet SAS est un projet stratégique complexe avec un objectif de déploiement à l'ensemble du territoire dès juin 2020. La conduite du projet implique de nombreux acteurs publics et privés à tous les niveaux, ce qui génère une complexité importante.

Les acteurs institutionnels, la DGOS, la CNAM, les ARS pour animer la collecte des données de l'offre de soins nationale, régionale et locale, les collectivités territoriales, les représentants des professionnels de santé : syndicats, ordres, URPS, les associations de patients, les établissements de santé, notamment les DSI pour la téléphonie et la saisie des données du ROR, l'ARCEP, le CCED, les opérateurs télécom, les offreurs de services de gestion des rendez-vous des professionnels, la communauté métier SAS (ARM, MRA, MRU) en capitalisant sur le programme SI-SAMU tant au niveau des spécifications déjà produites que la mécanique de production des spécifications fonctionnelles devront être particulièrement mobilisés durant la montée en charge du projet.

L'expertise, la coordination et la rapidité de validation sont clés afin de sécuriser l'avancement du projet compte tenu de sa complexité inhérente et de l'engagement de la ministre. Pour cela, une implication forte de la DGOS, de la DNS et de la CNAM est essentielle pour assurer un pilotage fort, en lien avec une maîtrise d'ouvrage déléguée à l'ASIP Santé.

La gouvernance, structurée dès le démarrage du projet, doit permettre à la fois un suivi du projet sur le long terme et une concertation de l'ensemble des parties prenantes (professionnels des SAMU, direction des établissements sièges, médecins régulateurs PDSA, Préfets, SDIS, élus locaux, etc.).

Recommandation n°11 Mettre en place un cadrage et un suivi de la mise en œuvre du service d'accès aux soins de sa conception et à son déploiement

3.10.2.1 Un cadrage et un suivi sont indispensables à la mise en œuvre d'un service d'accès aux soins qui réponde aux objectifs de qualité

Le SAS, tant sur le volet plateforme digitale que sur le volet plateforme téléphonique, s'appuie sur les données de l'offre de santé pour assurer l'information et l'orientation des personnes. L'enjeu de qualité des données des référentiels de la e-santé est majeur pour garantir la qualité des informations fournies et des prises en charges subséquentes. Ainsi, pour assurer le niveau de qualité attendue, un renforcement des dispositifs qualité sur les référentiels nationaux doit être mis en œuvre au niveau national :

- La mise en place d'une cellule CNAM, DGOS, DNS de mise en qualité transverse aux référentiels nationaux (RPPS / ADELI / AMELI, FINESS, ROR) : cette cellule se chargera de traiter toutes les difficultés et anomalies rencontrées sur les données, en lien avec les acteurs en charge de ces référentiels ; il s'agira notamment de soutenir et appuyer les processus qualité des différents référentiels, en lien avec les autorités d'enregistrement (AE) et les acteurs de terrain en charge des données (contrôle des activités déclarées et autorisées, saisies, corrections et mise à jour);

- La mise en place d'une cellule de mise en qualité des données de SAS.fr : Cette cellule se chargera de la veille sur les données existantes et des éventuelles corrections nécessaires afin d'assurer aux professionnels de santé un traitement compétitif par rapport aux systèmes concurrents. Cette cellule assurera aussi la boucle de retro qualité en coordination avec la cellule de mise en qualité transverse des données pour synchroniser celles-ci,

La mise en place d'un support téléphonique pour Sante.fr et le portail SAS, hotline gratuite permettra de faire remonter toute anomalie de la part des utilisateurs du portail SAS et de Santé.fr qui rencontrerait un problème.

Au niveau territorial, les données des référentiels nationaux relevant notamment des acteurs locaux, leur mobilisation et animation (également au niveau national) est clé et concerne de nombreux acteurs :

- Mobilisation accrue des ARS, des établissements de santé, des représentants des professionnels de santé, et de ces derniers pour saisie des informations indexées depuis Ameli et RPPS ;
- Mobilisation des collectivités locales (Services départementaux d'incendie et de secours).

Recommandation n°12 Mettre en place d'une cellule de mise en qualité transverse aux référentiels nationaux pour veiller à l'efficacité des informations délivrées au public et aux professionnels

3.10.3 La mise en œuvre du service d'accès aux soins suppose une démarche par étape avec des contraintes

Le démarrage des travaux sur la partie téléphonie est clé pour maîtriser le planning de mise en œuvre de l'ouverture du numéro SAS. En effet, la mise en place de l'acheminement du numéro unique santé au niveau des départements suivant la logique du SAS nécessite de mener un ensemble d'actions dont les durées sont incompressibles :

- Déclaration du numéro unique santé par l'ARCEP comme numéro d'urgence ;
- Mise à jour des Plans Départementaux d'Acheminement des Appels d'Urgence (PDAAU) pour acheminer le 113 dans les plateformes SAS via le recours au Commissariat des communications électroniques de défenses (CCED) qui permet de traiter de manière globalisée ces changements avec l'ensemble des opérateurs de télécommunication. La mobilisation des opérateurs de télécommunication et du CCED génère par ailleurs un délai supplémentaire ;
- Conduite de projets professionnels dans les 10 plateformes SAS pilotes qui nécessiteront des ajustements techniques de leurs infrastructures et de leurs processus organisationnels. Six mois pour conduire ces projets semble difficile et il sera nécessaire de choisir des implantations ayant une véritable appétence pour la mise en place du numéro unique santé et disposant de certaines caractéristiques techniques notamment en termes de lignes téléphoniques disponibles supplémentaires.

L'ASIP Santé a travaillé sur un planning de mise en place. T0 est la date de validation du projet SAS. Le retro planning réalisé démontre la nécessité de disposer de 6 mois minimum de mise en œuvre avec une équipe constituée pour réaliser l'étape 1 du programme SAS proposé. Cette réserve est partagée par la mission, ce qui conduit à recommander un plan d'actions très « serré » pour pouvoir

contenir une éventuelle dérive calendaire, compte tenu de la complexité des projets en jeu, dans une échelle raisonnable permettant aux SAS de voir le jour dans un calendrier contraint.

3.10.3.1 La disponibilité du numéro 113 reste à garantir

Actuellement, le numéro 113 est actif depuis 2001 pour les besoins relatifs à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ce n'est pas un numéro d'urgence. En 2010, l'autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse (ARCEP⁷²) a confirmé ce numéro actif. Il s'avère que le numéro 113 avait été utilisé par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (abandonné pour utiliser des numéros spécifiques à chaque dépendance : des numéros en 0 800 ... ou 39xx sont actuellement utilisés) sans pour autant signifier l'abandon de ce numéro à l'Autorité compétente. Des démarches devront être engagées sans délai pour assurer la disponibilité de ce numéro.

Recommandation n°13 Entreprendre sans délai, les démarches auprès du commissariat aux communications électroniques de défense (CCED) et de l'ARCEP pour assurer la disponibilité du numéro 113.

3.10.3.2 Une procédure à respecter pour la création d'un numéro d'urgence santé

La Commission Interministérielle de Coordination des REseaux et des Services de Télécommunication pour la défense et la sécurité publique (CICRESCE) présidée par le Ministre de l'Economie et des Finances ou son représentant, assure l'instruction des demandes de création de numéro d'urgence par l'intermédiaire d'un groupe de travail dédié. Dans cette commission siègent les représentants de l'ARCEP, du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, de l'Agence nationale des fréquences, du Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale, de la Fédération Française des Télécom et les représentants concernés de l'ensemble des ministères. L'instruction de la demande est réalisée dans un délai de 4 mois. **La prochaine commission est programmée le mercredi 5 février 2020 et une présentation du SAS devra être proposée dans les meilleurs délais.**

Puis la saisine est transmise à l'ARCEP, autorité administrative indépendante, qui décide ou non la création de ce numéro d'urgence dans un délai de 2 mois.

Un délai supplémentaire de 1 à 2 mois est nécessaire pour la mise en œuvre de la décision, favorable à la création d'un numéro d'urgence par les opérateurs de télécommunication, sur la base des informations transmises par les préfetures⁷³.

Ces délais (plus de 6 mois) peuvent être raccourcis selon l'urgence de la demande qui doit être fortement argumentée pour tendre, à terme, vers la suppression de plusieurs numéros d'urgence existants et la simplification attendue pour les usagers. Des dispositions législatives et réglementaires pour supprimer notamment toute référence au numéro national de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente existants, devront être mises en œuvre.

Recommandation n°14 Procéder dans les meilleurs délais à la demande d'instruction de la création du numéro d'urgence santé et son inscription à la séance du CICRESCE du 5 février 2020.

⁷² L'Arcep est l'Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse, au statut d'autorité administrative indépendantes (AAI).

⁷³ Circulaire du 26 avril 2000 relative à l'élaboration des plans départementaux d'acheminement des appels d'urgence.

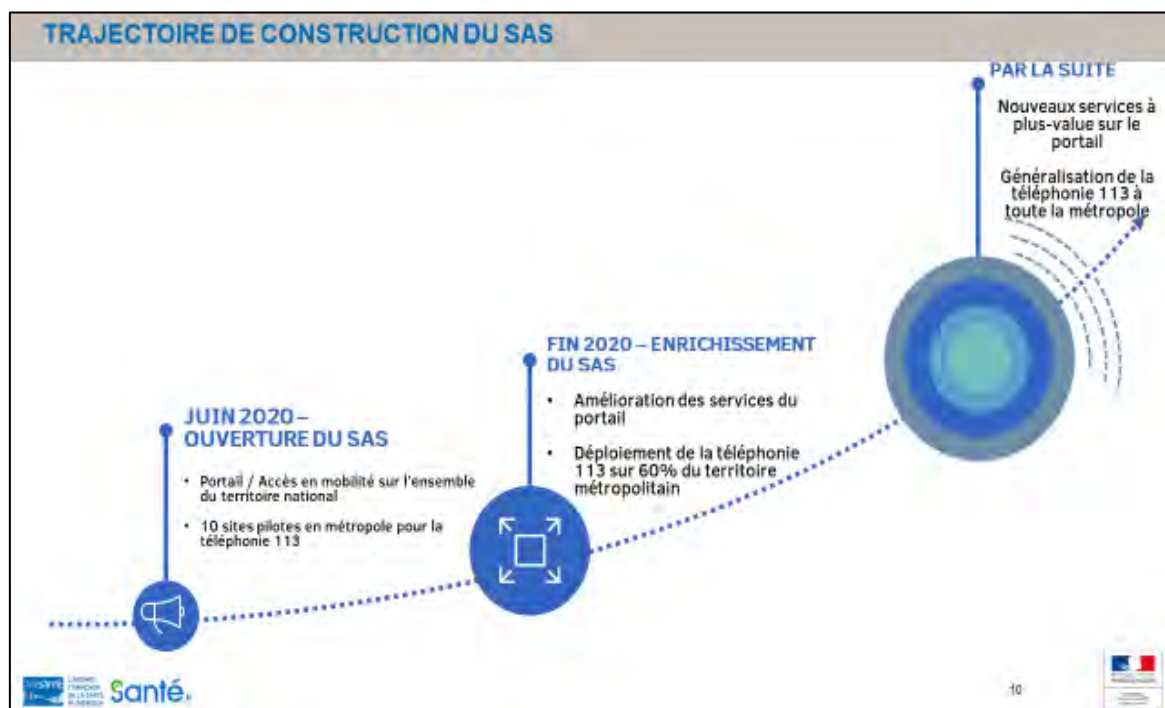
3.11 Le calendrier de déploiement suppose un phasage en plusieurs étapes en tenant compte des organisations territoriales

Un certain nombre d'actions pourrait être mené dès juin 2020. L'accès en ligne de SAS.fr avec un catalogue des ressources disponibles pourrait être réalisé sur la base d'une évolution du répertoire opérationnel des ressources, sur un modèle national, renseigné par les territoires sur la base d'une directive nationale claire et précise.

La présence de médecins régulateurs libéraux dans les régulations des plateformes SAS pourrait être envisagée dès le mois de juin 2020 et sera progressive en incrémentant dès à présent la possibilité d'une régulation délocalisée avec les réserves énoncées (*Cf. Supra*).

La cartographie départementale et la prise de rendez-vous sur des plages de consultations disponibles pourraient être également réalisées à partir des plateformes dès l'été 2020.

Ceci sous-entend un large effort de concertation entre les professionnels de santé. Les signaux des pouvoirs publics en faveur de la plateforme santé unique sont donc très clairement déterminants au sens des relations entre professionnels de santé. **La disparition du numéro 15 doit être annoncée, la cogestion et la co-gouvernance** devront être affichés comme une garantie d'un nouveau partenariat.



Source : ASIP

Les choix industriels devront être portés, accompagnés et encadrés afin de respecter le déploiement des plateformes dans un calendrier contractualisé.

Chacune des plateformes digitale et téléphonique est décomposée en deux ambitions : une première visant à répondre aux annonces ministérielles à échéance 6 mois (phase 1) et une seconde embrassant les objectifs à long terme de cette modernisation (phase 2 et phase ultérieure). Les services du SAS sont construits dans une logique incrémentale.

A six mois du démarrage du projet, les services mis à disposition du grand public et des professionnels seront les suivants :

Tableau 1 : Déploiement des plateformes phase 1 (T0+6mois)

SERVICES	
GRAND PUBLIC	PROFESSIONNELS
<p>Sur l'ensemble du territoire, le grand public peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder à des fiches conseils, par exemple sur les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, quand et comment faire recours à la médecine de proximité en cas de plus grande difficulté • Rechercher rapidement par simple clic un professionnel de santé ambulatoire en fonction de sa localisation : médecins généralistes, pédiatres, chirurgiens-dentistes • Rechercher simplement tout autre professionnel de santé et dispositifs de coordination (DAC) • Rechercher rapidement par simple clic un service d'urgence, en fonction de sa localisation • Rechercher rapidement par simple clic les pharmacies de garde (données disponibles uniquement dans certaines régions) • Accéder au service de prise de RDV directement depuis la fiche du professionnel par un simple clic, si les praticiens qu'il identifie sont abonnés à un service de prise de RDV en ligne (parmi les 4 fournisseurs les plus utilisés) • Identifier les professionnels ou structures proposant de la téléconsultation (si ces derniers ont renseigné l'information) • Accéder, en cas de besoin, à un numéro de santé unique, sur l'ensemble du territoire • Faire remonter la présence d'anomalies sur la plateforme • Faire un retour sur l'information fournie par la plateforme 	<p>Les professionnels de santé sur l'ensemble du territoire peuvent sur la plateforme digitale SAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder à l'ensemble des fonctionnalités disponibles au grand public • Mettre à jour la plupart de leurs informations (adresse, téléphone, etc.) directement depuis la plateforme digitale SAS en s'identifiant avec sa CPS. • Ajouter des informations : acceptation de nouveaux patients, langues parlées <p>Dans l'ensemble des plateformes SAS, l'acheminement du 113 est opérationnel mais selon les modalités actuelles de fonctionnement de la téléphonie du SAMU.</p> <p>Dans les plateformes SAS pilotes (une dizaine), les ARM SAS peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recevoir les appels du 113 avec une adaptation de la téléphonie locale aux spécificités du 113 • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, sans adaptation (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle <p>Dans les plateformes SAS pilotes (une dizaine), les opérateurs de soins non programmés peuvent (OSNP) et les médecins régulateurs ambulatoires peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder à l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme digitale disponibles au grand public et accéder à des données qui leur sont réservées de par leur rôle, par exemple : créneaux dédiés aux soins non programmés et temps d'attente aux urgences, contacts directs de certaines organisations/professionnels de santé • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, sans adaptation (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle
SOLUTION MISE EN ŒUVRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Un portail accessible en mobilité tant au citoyen qu'aux professionnels de santé ou à l'ONSP, basé sur l'existant Santé.fr afin de sécuriser l'ouverture du service en juin et maîtriser les coûts • Accès pour les ARM SAS, OSNP et médecins régulateurs aux systèmes existants téléphonie et applicatifs actuellement déployés dans les SAMU • Sur le ROR : Le ROR alimente Santé.fr et son volet SAS sur les données sanitaires (établissements) avec le niveau de qualité attendu, ainsi qu'avec l'offre des dispositifs de coordination (DAC). 	

Source : ASIP

A 12 mois du lancement des travaux, le grand public et les professionnels auront à disposition des services complémentaires :

Tableau 2 : Déploiement des plateformes à 12 mois

SERVICES	
GRAND PUBLIC	PROFESSIONNELS
<p>Sur l'ensemble du territoire, le grand public peut, en complément des services déjà fournis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder aux informations proposées sur la plateforme en anglais • Accéder à de l'information enrichie sur l'offre de soins : par exemple activités spécifiques, offre de téléconsultation, types d'établissements non couverts à 6 mois • Voir les créneaux de RDV disponibles directement sur la plateforme, (récupération des données de la majorité des plateformes de gestion de rendez-vous utilisées par les professionnels) • Voir les créneaux de téléconsultation proposés par les professionnels ou structures via leur plateforme de gestion de RDV habituelle (pour la majorité des plateformes de gestion de rdv) • Accéder à davantage de fiches pratiques et conseils 	<p>En complément des fonctionnalités déjà mises en œuvre lors de la première étape les professionnels de santé bénéficieront des évolutions réalisées pour le grand public</p> <p>Dans les plateformes SAS déployées (60% du territoire), les ARM SAS peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recevoir les appels du 113 avec une adaptation de la téléphonie locale aux spécificités du 113 • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, sans adaptation (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle • De plus dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU (scénario 3), 3 plateformes SAS pourront utiliser le bandeau SAS, permettant le démarrage du partage de charge permettant de maximiser les indicateurs de qualité <p>Dans les plateformes SAS pilotes (60% du territoire), les opérateurs de soins non programmés peuvent (OSNP) et les médecins régulateurs ambulatoires peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder à l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme digitale disponibles au grand public et accéder à des données qui leur sont réservées de par leur rôle, par exemple : créneaux dédiés aux soins non programmés et temps d'attente aux urgences • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, sans adaptation (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle <p>Pour la régulation « déportée », la solution consiste à s'appuyer sur la société SIPS qui offre un outil LRM de régulation « déportée » ou de s'appuyer sur les éditeurs actuels pour qu'ils développent une offre de ce type. Dans le scénario 3, il est possible de développer et déployer des outils de régulation « déportée » dans les plateformes SAS déployées en capitalisant sur le portail et le bandeau SI-SAMU.</p>
SOLUTION MISE EN ŒUVRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Une plateforme digitale accessible en mobilité tant au citoyen qu'au PS ou à l'ONSP, basé sur l'existant Santé.fr • Sur le ROR : <ul style="list-style-type: none"> • Le ROR alimente Sante.fr et le SAS avec les données de description de l'offre de ville : <ul style="list-style-type: none"> • L'offre de ville comprend les cabinets libéraux, maisons de santé, centres de santé y compris site de rdv et télémédecine. 	

- Les professionnels libéraux complètent manuellement le premier niveau de description de l'offre de ville récupéré à partir des données de l'annuaire santé (RPPS, ADELI, AMELI, MSS, CPS).
- La qualité des données issues du ROR et transmises au SAS est soutenue par des processus qualité outillés et pilotés.
- Si capitalisation sur le SI-SAMU, que le programme continue ou s'arrête, mise à disposition du bandeau SAS dans au moins 3 plateformes SAS permettant le démarrage du partage de charge permettant de maximiser les indicateurs de qualité.
- Si capitalisation sur le SI-SAMU, que le programme continue ou s'arrête, usage du LRM SAS et couplage téléphonique informatique pour les plateformes SAS utilisant le bandeau SAS + PFLAU.

Source : ASIP

Dans les années qui suivent la 1ère mise en services, le grand public et les professionnels de santé disposeront progressivement de services complémentaires :

Tableau 3 : Déploiement des plateformes en phase au-delà de 12 mois et plus

SERVICES	
GRAND PUBLIC	PROFESSIONNELS
<p>Sur l'ensemble du territoire, le grand public peut, en complément des services déjà fournis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder aux informations proposées dans d'autres langues (version avancée du multilingue) • Filtrer et trier sa recherche de professionnel par disponibilité • Accéder à davantage d'offres de téléconsultation (accès amélioré et offre enrichie) • Accéder à de nouvelles fonctionnalités (en fonction évolution des besoins identifiés) 	<p>En complément des fonctionnalités déjà mises en œuvre lors de la première étape les professionnels de santé bénéficieront des évolutions réalisées pour le grand public</p> <p>Dans l'ensemble des plateformes SAS du territoire métropolitain, les ARM SAS peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recevoir les appels du 113 avec une adaptation de la téléphonie locale aux spécificités du 113 • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, adapté aux fonctions spécifiques de ce rôle via des exigences établies au niveau national pour les éditeurs actuels des solutions techniques des SAMU (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront aussi de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle • De plus dans les scénarios capitalisant sur le SI-SAMU et le rachat d'une téléphonie partagée (scénarios 2, 3, 4 ,5), l'ensemble des plateformes SAS pourront utiliser le bandeau SAS, permettant le partage de charge au niveau national et permettant de garantir les indicateurs de qualité <p>Dans l'ensemble des plateformes SAS du territoire, les opérateurs de soins non programmés peuvent (OSNP) et MRA peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder à l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme digitale disponibles au grand public et accéder à des données qui leur sont réservées de par leur rôle, par exemple : créneaux dédiés aux soins non programmés et temps d'attente aux urgences • Utiliser l'outil de régulation médicale actuel, adapté aux fonctions spécifiques de ce rôle via des exigences établies au niveau national pour

	<p>les éditeurs actuels des solutions techniques des SAMU (outil du SAMU, outil libéral, selon le SAMU) hormis dans le scénario capitalisant sur le SI-SAMU qui permettront aussi de mettre à disposition un outil LRM adapté à ce nouveau rôle</p> <p>Pour la régulation « déportée », la solution consiste à s'appuyer sur la société SIPS qui offre un outil LRM de régulation « déportée » ou de s'appuyer sur les éditeurs actuels pour qu'ils développent une offre de ce type. Dans les scénarios 3, il est possible de développer et déployer des outils de régulation « déportée » dans les plateformes SAS déployées en capitalisant sur le portail et le bandeau SI-SAMU.</p>
SOLUTION MISE EN ŒUVRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Une plateforme digitale intégrant d'autres fonctionnalités qui seront développées en fonction de l'analyse des usages, du recueil des retours et de l'évolution technologique. Sur le ROR : <ul style="list-style-type: none"> • Santé.fr s'appuie sur le ROR via un point d'accès unique avec le niveau de service attendu. • Le ROR fournit la disponibilité en lits sur la base d'une automatisation des flux avec les outils de gestion des lits des établissements. • L'ensemble des plateformes SAS ont des outils adaptés via les outils actuels des SAMU pour la partie téléphonique et la partie LRM • Une nouvelle téléphonie centralisée opérationnelle, si c'est le scénario 2 • Si capitalisation sur le SI-SAMU, mise à disposition du bandeau SAS dans toutes les plateformes SAS conduisant au démarrage du partage de charge permettant de maximiser les indicateurs de qualité. • Si capitalisation sur le SI-SAMU, usage du LRM SAS et couplage téléphonique informatique pour les plateformes SAS utilisant le bandeau SAS + PFLAU. 	

Source : ASIP

4 Les impacts financiers du service d'accès aux soins sont délicats à évaluer et méritent une attention particulière

4.1 L'impact financier global des plateformes digitale et téléphonique reste à consolider

En ce qui concerne le financement, la mission a cherché à fournir des éléments d'estimation des coûts associés à la plateforme digitale SAS dans l'hypothèse de la capitalisation de la plateforme Sante.fr. L'estimation du coût associé à la plateforme SAS dans le scénario central de la mission varie suivant l'optimisation retenue. De manière prudentielle, la mission recommande de retenir l'hypothèse haute comme référence, ce qui conduirait à un coût global compris entre **78,8 M€ et 96,9 M€**.

Tableau 4 : Coût global⁷⁴ avant optimisations

Scénario consolidé	Scénario B.1	Scénario B.3	Scénario B.4
Pilotage et contingence	13 900	18 400	21 200
Téléphonie : Accompagnement	700	5 200	9 700
Téléphonie : Equipement local	3 100	5 100	10 000
Téléphonie : Projet	8 000	5 900	11 800
Portail & ROR : incitations régionales	12 000	12 000	12 000
Portail & ROR : Mise en qualité	23 100	23 100	23 100
Portail & ROR : Projet	9 100	9 100	9 100
Total	69900	78800	96900

Source : ASIP/Mission

- **Impact des optimisations potentielles sur les coûts globaux de construction :**

Le tableau ci-dessous intègre l'ensemble des optimisations possibles. A noter qu'une part significative de ces optimisations est portée sur les opérations de mise en qualité des données. En effet, le budget alloué pour la mise en qualité proposée permettait de faire porter au programme SAS la cohérence et de la mise en qualité des données du ROR et du portail SAS pour en faire profiter l'ensemble des acteurs de l'écosystème. Ces coûts peuvent être décalés dans le temps et n'ont pas à être portés uniquement par le programme SAS. Ils peuvent être portés avec d'autres projets de modernisation du ministère des Solidarités et de la Santé.

Par ailleurs, un conventionnement avec les fournisseurs de services à valeur ajoutée sur la construction de la plateforme digitale et sur l'amélioration de la qualité des données serait notamment de nature à sécuriser le calendrier et certains coûts estimés.

Tableau 5 : Coût global⁷⁵ avec prise en compte des optimisations

Scénario consolidé	Scénario B.1	Scénario B.3	Scénario B.4
Pilotage et contingence	10 900	15 400	18 200
Téléphonie : Accompagnement	700	5 200	9 700
Téléphonie : Equipement local	1 600	3 600	7 000
Téléphonie : Projet	8 000	5 900	11 800
Portail & ROR : incitations régionales	12 000	12 000	12 000
Portail & ROR : Mise en qualité	9 300	9 300	9 300
Portail & ROR : Projet	9 100	9 100	9 100
Total	51600	60500	77100
<i>rappel : avant optimisation</i>	69900	78800	96900

Source : ASIP/Mission

⁷⁴ Hors campagne de communication

⁷⁵ Hors plan de communication

Recommandation n°15 Consolider l'estimation financière après expertise des hypothèses techniques et optimisations proposées en garantissant l'efficacité des données et du fonctionnement du SAS

4.2 Financement des moyens du volet hospitalier et du volet ambulatoire nécessaires au fonctionnement des plateformes territoriales

Le périmètre de ce chiffrage comporte un volet hospitalier et un volet ambulatoire, correspondant au besoin de financement pour les établissements (MIG SAMU) et aux coûts pour le volet ambulatoire qui seront supportés par l'Assurance Maladie dans le cadre de la négociation conventionnelle ou via le FIR. Ce chiffrage correspond à la mise en place du SAS en année pleine avec effet entier de la hausse d'activité générée par la campagne grand public de communication sur le SAS.

● Chiffrage du volet hospitalier

La mission a demandé à la DGOS de préciser quelle serait la remise à niveau nécessaire du financement des SAMU pour permettre le respect du référentiel de ressources humaines de SUDF dans les CRRA 15 (référentiel de 2011), et ce afin que le décroché du SAS par les ARM en « *front office* » des SAMU ne soit pas confronté à des dysfonctionnements causés par un sous-effectif préalable.

Cette remise à niveau au regard des paramètres de modélisation de la MIG SAMU⁷⁶ basés sur le ratio effectifs/activité des SAMU en 2012, conduit la mission à considérer que ces paramètres seraient de nature à assurer un financement socle suffisant pour sécuriser les volets « *front office* » et AMU du SAS, en tenant compte du besoin de financement correspondant à la hausse d'activité des SAMU entre 2018 et 2020 et des montants prévus pour le financement de la prime ARM créée cette année. Le besoin de remise à niveau de la MIG SAMU⁷⁷ nécessaire pour assurer un socle solide au SAS est estimé à **51 M€**.

La mission a demandé que soit réalisée une déclinaison de cette estimation de la remise à niveau du financement des SAMU qui exclurait les régulateurs AMU (13,4 M€). Cette non prise en compte des régulateurs AMU était envisagée par la mission car la mise en œuvre du SAS à terme devrait entraîner le transfert d'une partie de leur activité vers les régulateurs libéraux. Cependant, le nombre d'heures postées des médecins régulateurs AMU a augmenté entre 2013 et 2018 (SAE), de manière cohérente avec les résultats de la modélisation, requiert leur prise en compte.

S'agissant des ARM, une partie de la future activité du SAS correspondra à une activité déjà prise en charge par les SAMU et donc déjà financée par la MIG SAMU. Cependant, une part de la future activité du SAS viendra en sus de l'activité actuelle. Le « *front office* » du SAS aura donc besoin de moyens supplémentaires. Le nombre de demandes de soins non programmés supplémentaires avec la mise en place du SAS, décliné en une hypothèse basse et une hypothèse haute, a été estimé à un besoin de financement supplémentaire pour le « *front office* » entre **2 et 3,4 M€**.

Concernant les opérateurs SNP qui seront postés au sein des plateformes SAS, il s'agit du financement des postes de travail et des charges indirectes (locaux, chauffage, etc.). Le besoin de financement est compris entre **2,4 et 3,5 M€**.

⁷⁶ Dotation relative aux missions d'intérêt général de l'aide médicale d'urgence

⁷⁷ Qui deviendra MIG AMU ou MIG SAS

Par ailleurs, la régulation médicale à distance des demandes de soins non programmés orientées via le « *front office* » du SAS va demander la mise en œuvre et la maintenance opérationnelle de nouveaux systèmes d'information et de téléphonie. Ces nouveaux systèmes nécessiteront un renfort des personnels SI dans les établissements sièges de SAMU. Ce besoin de financement est estimé à **2,2 M€**.

Soit un besoin global de financement du volet hospitalier entre 57, 6 M€ et 60,2 M€.

- **Chiffrage du volet ambulatoire**

S'agissant des besoins de financement des charges salariales des opérateurs de soins non programmés, il est estimé **entre 23,7 M€ et 35,4 M€**.

La mission propose que, pour que les médecins libéraux assurent la régulation des demandes de SNP aux heures d'ouverture des cabinets (en journée en semaine et le samedi matin), ils soient rémunérés par l'Assurance maladie sur une base horaire, à l'instar des forfaits horaires de régulation de PDSA (source : 85 € valeur moyenne constatée du forfait de régulation de PDSA hors nuit profonde).

Une part de l'activité aujourd'hui réalisée par les régulateurs AMU aux heures d'ouverture des cabinets serait transférée aux régulateurs libéraux après la création du SAS dont le nombre de DRM transférés aux régulateurs libéraux est estimé à 1,2 million. À cette estimation doit être ajoutée la demande supplémentaire de SNP à terme, qui s'adressera au SAS après sa création et la campagne de communication au grand public. Le nombre de demandes de SNP supplémentaires sont ainsi estimées entre 2,5 et 4,4 millions. Il en résulte donc une activité totale de régulation SNP estimée entre 3,7 et 5,6 millions de dossiers. Cette activité suppose un nombre d'heures de régulation de médecins libéraux entre 600 000 et 900 000 environ (6 par heure), soit un coût pour l'Assurance Maladie entre **61 M€ et 91 M€**.

Aux ONSP et aux régulateurs ambulatoires, se rajoutent :

- Les charges de structures des associations de régulation SNP

L'estimation du besoin de financement de ces associations est basée sur les charges administratives et la nécessité de disposer d'un logiciel de régulation « déportée » des médecins libéraux : 0,20 € environ par habitant sur la base de quelques départements et devrait toutefois pourvoir être revu à la baisse par extension du marché au niveau national. Le besoin de financement de ces associations de **17 à 19 M€**.

- Le coût de la formation des médecins régulateurs libéraux

Ce calcul est basé sur le nombre de médecins supplémentaires nécessaires pour réaliser l'activité de régulation du SAS et les montants utilisés par l'ANDPC : 45 € par heure d'indemnisation du médecin, 95 € par heure payé à l'organisme formateur. Il en découle un besoin supplémentaire de financement de la formation de l'ANDPC entre **1,5 et 2,3 M€**. Compte tenu de la priorité donnée à cette formation et pour permettre de recruter un nombre conséquent de médecins, elle ne doit pas impacter le crédit formation des médecins.

Soit un besoin global de financement du volet ambulatoire entre 103,3 M€ et 147,7 M€.

La ventilation proposée des financements MIG SAMU, FIR et avenant conventionnel (AM) est spécifiée dans le tableau suivant.

S'agissant des postes OSNP qui seront créés pour contribuer aux missions imparties à la branche ambulatoire du SAS, la CPTS dans la mesure où le statut juridique choisi le permet, pourrait être employeur. Les pouvoirs publics dispose de la possibilité de faire évoluer les outils juridiques

puisque la loi⁷⁸ relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, a habilité le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure « *permettant de favoriser le développement de l'exercice coordonné notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé, ... en adaptant leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux respectifs ou en créant de nouveaux cadres juridiques pour :*

1° *Faciliter leur création, l'exercice de leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement ;*

2° *Permettre le versement d'indemnités, de rémunérations ou d'intéressements, collectifs ou individuels, aux personnes physiques et morales qui en sont membres ;*

3° *Rendre possible le versement par l'assurance maladie à la maison de santé de tout ou partie de la rémunération résultant de l'activité de ses membres ;*

4° *Prévoir les conditions d'emploi et de rémunération par la structure de professionnels participant à ses missions ainsi que des personnels intervenant auprès de médecins pour les assister dans leur pratique quotidienne ».*

Des modalités de financement transitoires sont prévues (FIR) dans l'attente d'une organisation ambulatoire structurée pouvant bénéficier d'un financement assurance maladie.

Tableau 6 : Besoins de financement des volets hospitalier et ambulatoire nécessaire au fonctionnement des plateformes territoriales

Chiffrage France entière, année pleine, hors évolution tendancielle d'activité des SAMU, hors évolution tendancielle des charges		
<i>Date de MAJ 11.12.2019</i>		
Volet hospitalier - MIG SAMU	Hypothèse basse demande SNP	Hypothèse haute demande SNP
1.a Mise à niveau MIG SAMU 2020 hors régulateurs AMU	37 613 456 €	
1.b Mise à niveau MIG SAMU Régulateurs AMU	13 387 765 €	
2. Hausse d'activité SNP : besoin de financement Front Office SAMU	1 967 639 €	3 408 148 €
3. Financement des postes de travail des opérateurs SNP dans les SAMU	2 367 921 €	3 542 448 €
4. Renforcement financement charges indirectes SI	2 238 445 €	
Total volet hospitalier	57 575 227 €	60 190 262 €
Volet ambulatoire	Hypothèse basse demande SNP	Hypothèse haute demande SNP
1. Forfaits médecins libéraux régulateurs SNP (convention)	60 865 784 €	91 056 174 €
2. Opérateurs SNP (FIR)	23 679 212 €	35 424 475 €
3. Structure associations SNP (FIR)	17 218 392 €	18 980 182 €
4. Formation des régulateurs libéraux : besoin de financement ANDPC	1 534 379 €	2 295 455 €
Total Volet ambulatoire	103 297 768 €	147 756 287 €
Total 2 volets, par an	160 872 994 €	207 946 548 €

Source : DGOS/Mission SAS

Soit un besoin global de financement annuel des volets ambulatoire et hospitalier entre 160,9 M€ et 207,9 M€ pour le fonctionnement de la plateforme SAS.

⁷⁸ Article 64 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé,

Les nombreuses auditions menées par la mission ont mis en relief des **attentes de la médecine ambulatoire, annoncées comme des conditions de succès du service d'accès aux soins** :

- Intégrer l'aspect flux de patientèle (file active/versus patientèle) pour les MSP et CDS.
- Définir le modèle de rémunération des médecins effecteurs. Le cadre conventionnel semble être le meilleur vecteur pour élaborer en partenariat avec les syndicats signataires un modèle de financement adéquat.
- Financer dans le cadre du forfait structure de la ROSP, les agendas partagés
- Intégrer le samedi matin dans le cadre de la PDSA compte tenu des réalités sociétales et des difficultés rencontrées par les régulateurs sur cette tranche horaire.

A l'instar de la régulation, **la mission préconise une rémunération au forfait de l'effectif à mettre en place dans le cadre d'un avenant conventionnel** dont le chiffre n'a pu être réalisé par manque de données. **Le besoin de financement reste donc à évaluer.**

5 Une démarche pédagogique et de communication de grande ampleur est mise en place, dans la durée sur le bon usage du numéro santé.

La communication est un élément clé de la réussite du projet SAS, et ce, dès la phase de conception du projet afin notamment de mobiliser les différentes parties prenantes. Ce volet pourra s'appuyer sur l'expertise des équipes communication du Ministère et de l'ASIP Santé (capitalisation sur l'expérience des équipes actuelles). En lien avec le plan de communication de Santé.fr, en cours de lancement et destiné à se poursuivre pendant trois ans, il sera prévu un volet spécifique pour la communication autour du SAS. L'estimation du **coût annuel de cette campagne est de 4,3 M€.**

Il s'agira par exemple de préparer et de lancer une grande campagne nationale de communication sur le numéro d'appel santé et la plateforme SAS.fr, sur internet, dans les médias, sur le terrain et auprès des acteurs. Adaptée et relayée par les acteurs locaux au travers de différents canaux, elle aura pour objectif de faire connaître les ressources disponibles, faire la pédagogie du réflexe à avoir en cas de problème de santé, et du parcours de soins en général :

➤ **L'éducation et l'information de la population**

A l'échelle nationale et territoriale, il s'agira de diffuser un mode d'emploi clair à destination de la population sur l'organisation de la médecine ambulatoire et le bon usage du système de santé, en s'appuyant sur tous les moyens de diffusion possible. Cette campagne doit être notamment ciblée sur les groupes les plus à risque, notamment les personnes âgées et s'harmoniser avec les campagnes promotionnant des filières de soins spécialisées (douleur thoracique, AVC ...) pour éviter toute confusion en cas d'urgence avérée. La mission préconise d'attribuer l'animation territoriale aux ARS, en cohérence avec les actions du territoire en développant notamment des partenariats avec la presse quotidienne régionale.

➤ **Le médecin traitant est recentré et réaffirmé comme pivot**

Une communication forte centrée sur l'éducation est indispensable, à grande échelle conçue avec les acteurs territoriaux du service public, complétée par une information via un affichage dans les cabinets médicaux et par voie de presse.



Source : Mission

Le SAS n'intervient qu'en seconde ligne lorsque l'échelon médecin traitant n'est pas disponible. Les numéros d'accès aux CPTS ou autre organisation doivent être identifiés, et accessibles, totalelement intégrés à cette communication pour privilégier l'accès direct par l'utilisateur. Il faut veiller à ce que le numéro unique santé n'occulte pas les numéros en vigueur pour l'accès direct aux CPTS. Concevoir des supports que l'on pourra distribuer aux partenaires professionnels : pharmacies, hôpitaux, MG, maisons de santé, médecins du travail, etc...

A l'instar du Danemark, où chaque résident dispose d'une carte jaune de sécurité sociale avec un **numéro d'appel à la plateforme d'urgence ou à celle des médecins de garde et la référence du cabinet médical** dont il dépend, **la CNAM pourrait contribuer à cette campagne de communication ciblée en faisant évoluer la présentation de la carte vitale.**

Tableau 7 : Coût du plan de communication

Poste de dépenses (rubrique Marketing)	Montants (K€ TTC)
Référencement payant	200
Social média	450
TV+VOL(vidéo online)	1500
Digital APPLI	400
Partenariat quotidiens d'information générale distribués gratuitement	250
Presse	100
B to B (employeurs)	100
Agences de communication	1 300
Total annuel	4 300
Total pour 6 mois	2 150

Source : SGMCAS

6 Conclusion

Le SAS est la clef de voûte d'une nouvelle organisation des réponses aux demandes de soins. Il doit reposer sur une co-construction ville-hôpital symbolisant un modèle organisationnel basé sur le respect mutuel. Cette « nouvelle donne » dépasse largement le cadre de la simple plateforme de réception des appels et concerne autant la réflexion territoriale sur l'organisation des demandes de soins. Le respect des prérogatives et champs d'actions de chacun sera l'un des piliers essentiels de ce modèle efficient pour les usagers comme pour les professionnels de santé.

Le développement des CPTS dont les missions socles concernent les SNP et l'accès au médecin traitant modifiera à court ou moyen terme l'organisation territoriale. Le SAS ne se résume pas à un ou des numéros téléphoniques. Les nouveaux outils tels que les applications smartphone, sites internet, agendas en ligne ont radicalement métamorphosé les modalités de l'accès aux soins. Paradoxalement, la pléthore d'informations, d'applications, de numéros divers peut parfois complexifier les demandes de réponse des usagers.

Dans ce cadre, la mission a déterminé des fondamentaux, comme facteurs clé de réussite de ce projet ambitieux :

- Une communication et information copilotée par les MG concernant l'utilisation du système de soins centrée sur le MT, les MG, les ESP et les CPTS ;
- Une plateforme numérique santé NATIONALE en partenariat avec la médecine ambulatoire permettant aux patients de s'orienter dans le respect du parcours de soins ;
- Une régulation dont le « *front office* » sera cogéré par la médecine ambulatoire et l'AMU et dont le bras ambulatoire aura une totale autonomie, financière comme organisationnelle déclinée par un modèle de financement conventionnel;
- Un affichage très clair impliquant le respect des champs d'actions de chacun dans la réponse: AMU qui est hospitalière et coordination des soins non programmés par les CPTS.

Dans ce contexte, la mission soutient que le SAS représente un véritable atout pour la construction d'une relation moderne et structurée ville-hôpital.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Assurer à terme une articulation entre le service d'accès aux soins et les dispositifs de prise en charge spécifiques : médico-sociale, périnatale, gériatrique, psychiatrique et centres antipoison.
2	Demander par instruction aux préfets et DG ARS de veiller à la structuration des relations SAS - AMU - Centre de traitement de l'alerte des SDIS garantes d'un partenariat renforcé lors de la mise en place des plateformes SAS.
3	Favoriser le développement de la régulation ambulatoire « déportée » assortie d'une démarche qualité et d'une charte d'utilisation et de bon usage validées et certifiées.
4	Organiser une réponse en télémédecine « de manière coordonnée » pour le recours aux téléconsultations dans certaines situations dérogatoires au parcours de soins coordonné notamment pour un patient sans médecin traitant ou lorsque celui-ci est indisponible dans le cadre d'une organisation territoriale.
5	Inscrire le déploiement du bandeau téléphonique du SAS dans la promotion de la e-santé selon un cahier des charges à définir en rapport avec les objectifs du pacte de refondation des urgences
6	Élaborer une instruction déterminant et garantissant les modalités de cogestion et copilotage des plateformes territoriales SAS et clarifiant les champs de responsabilité de chacun des acteurs ambulatoire et hospitalier
7	Modifier les articles R. 6313-1 et R. 6313-1-1 du code de la santé publique afin de veiller à l'organisation et l'évaluation de la continuité et de la permanence des soins
8	Favoriser le partenariat avec les offreurs de service à valeur ajoutée pour le SAS tout en garantissant la confidentialité et la protection des données des usagers.
9	Envisager un système de téléphonie national commun entre les différentes plateformes SAS pour permettre de rendre opérationnels les mécanismes de débordement d'une plateforme SAS, pour assurer l'entraide entre plateformes SAS
10	Sécuriser le scénario de capitalisation sur le bandeau téléphonique de SI-SAMU pour la construction du SI-SAS en évaluant plus finement les risques induits
11	Mettre en place un cadrage et un suivi de la mise en œuvre du service d'accès aux soins de sa conception et à son déploiement
12	Mettre en place d'une cellule de mise en qualité transverse aux référentiels nationaux pour veiller à l'efficacité des informations délivrées au public et aux professionnels
13	Entreprendre sans délai, les démarches auprès du commissariat aux communications électroniques de défense (CCED) et de l'ARCEP pour assurer la disponibilité du numéro 113.
14	Procéder dans les meilleurs délais à la demande d'instruction de la création du numéro d'urgence santé et son inscription à la séance du CICRESCE du 5 février 2020.
15	Consolider l'estimation financière après expertise des hypothèses techniques et optimisations proposées en garantissant l'efficacité des données et du fonctionnement du SAS

ANNEXE 1 : Cohérence avec les travaux menés par la mission interministérielle MARCUS

Cohérence avec les travaux menés par la mission interministérielle MARCUS

La coexistence intelligente, d'un numéro unique santé et d'un numéro unique secours et sécurité est clairement affichée. L'offre déclinée à travers le numéro unique santé est la base d'un nouveau partenariat associant l'ensemble des acteurs des soins non programmés ambulatoires. Il s'agit là d'une **intégration systémique résolument moderne et qui pourrait faire figure de nouveau modèle européen**. L'interopérabilité entre la plateforme secours et sécurité et la plateforme santé ne pose aucun problème, elle est d'ailleurs aujourd'hui opérationnelle dans un certain nombre de départements où les SDIS, CODIS et plateformes SAMU échangent non seulement des communications téléphoniques mais bien entendu des éléments de dossiers informatisés afin d'éviter redondances et pertes d'informations.

La plateforme santé SAS se veut être un **outil fédérateur des professionnels de santé** qui souhaitent collectivement s'engager sur une nouvelle organisation des soins non programmés que ce soit au niveau libéral (syndicats des jeunes médecins, infirmiers; masseurs kinésithérapeutes; pharmaciens et chirurgiens-dentistes) que pour les hospitaliers (médecins et ARM).

L'existence d'un numéro unique d'appels d'urgences 112 dissociant AMU et SNP, serait obligatoirement responsable d'une perte de charge. La plateforme 112 qui ne pourrait être qu'interservices, agnostique et très probablement supra-départementale arriverait in fine sur une organisation de type sécurité ou sur une organisation de type santé, multipliant les intervenants, c'est la raison pour laquelle, la mission propose d'emblée une plateforme santé **fédérative ville-hôpital et protectrice d'une éventuelle fracture AMU-SNP** dont les impacts seront difficiles à appréhender et en contradiction avec les orientations souhaitées dans le plan Ma Santé 2022.

Ce portail unique santé est **le gage de la lisibilité et de la simplicité** souhaitées au plus haut niveau de l'État, demandes appuyées par les usagers. L'évolution de la pression sur nos systèmes d'urgence en 10 ans et les modifications de la demande de consommation médicale instantanée font qu'un numéro unique n'est plus aujourd'hui une garantie de sécurité ou de modernité. La mise en œuvre d'une plateforme secours et sécurité et d'une plateforme santé conduirait à terme à une simplification majeure des numéros d'appels d'urgence en France.

ANNEXE 2 : FICHE DE POSTE OSNP

Identification du poste	Cette fiche de poste concerne les Opérateurs de Soins Non Programmés relevant du volet de médecine ambulatoire qui exercent au sein du SAS doté du numéro public national et gratuit « 113 ».
Caractéristique du service	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le service est ouvert 24h/24h et 7 jours /7. ✓ Le poste d'OSNP est pourvu au minimum sur des horaires de journées permettant de garantir une présence ✓ Travail dans un milieu clos, bruyant, stressant et nécessitant des capacités d'attention soutenue. ✓ Importantes fluctuations d'activité.
Liaisons Hiérarchiques	Médecin responsable du volet médecine ambulatoire
Relation fonctionnelles	<p><u>Interne au service :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecins régulateurs généralistes ✓ ARM (« front office » et AMU) ✓ Médecins régulateurs urgentistes ✓ Assistante sociale ✓ IDE/IPA ✓ Secrétaires de la CPTS / du SAMU <p><u>Externe au service :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accueil du volet SNPA : CPTS, MSP, MMG, centre de santé ✓ Coordination ambulancière ✓ Services d'hospitalisations, autres hôpitaux, cliniques ✓ Ambulanciers ✓ Médecins extérieurs libéraux (généralistes, spécialistes) ✓ EHPAD, maisons de retraites ✓ Police, gendarmerie ✓ Professionnels libéraux : IDEL, kinésithérapeute
Missions générales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accueillir les appels téléphoniques dans un contexte de demande de soins non programmés ou de conseil médical. ✓ Prioriser l'orientation vers le médecin régulateur de la PDSA ✓ Gérer les flux et les moyens définis par le médecin régulateur, en assurant la traçabilité jusqu'à la fin de la prise en charge du patient.

<p style="text-align: center;">Activités</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accueillir téléphoniquement, recueillir les coordonnées, déterminer le motif de l'appel. ✓ Orienter l'appel vers le médecin régulateur généraliste ✓ Envoi d'un effecteur : médecin en visite à domicile ou en consultation à son cabinet, IDEL, kinésithérapeute ... ✓ Demande d'envoi d'une ambulance privée aux ARM du SAMU ou à la coordination ambulancière ✓ Transmettre à l'appelant les coordonnées (Pharmacie de garde ; Dentiste ; Kinésithérapeutes de garde ; Maison Médicale ...) en respectant les procédures ✓ Organiser la prise de rendez-vous (agendas partagés) ✓ Aider à la mise en œuvre des téléconsultations ✓ Gérer la clôture administrative des dossiers. ✓ Participer à la mise à jour de bases de données.
<p style="text-align: center;">Compétences requises</p>	<p style="text-align: center;">SAVOIR</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Connaissances des organisations hospitalières et extrahospitalières et plus particulièrement l'organisation de la réponse aux DSNP (CPTS) ✓ Connaissance des Réseaux sanitaires, sociaux, et médico sociaux (PTA) ✓ Notion sur l'organisation de l'AMU ✓ Maitrise de la géographie et topographie du secteur sanitaire <p style="text-align: center;">SAVOIR-FAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maitriser les outils informatiques (métier) et de téléphonies avancées ✓ Maitrise des techniques de communication à distance ✓ Maitrise de la bureautique ✓ Capacité à réagir rapidement face à des évènements et à des imprévus, en hiérarchisant les actions en fonction de leur degré d'importance <p style="text-align: center;">SAVOIRS ETRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Courtoisie et politesse ✓ Empathie et non- jugement ✓ Calme ✓ Capacité d'écoute et de concentration ✓ Disponibilité ✓ Réactivité, dynamisme, motivation, rigueur ✓ Adaptation face au stress

ANNEXE 3 : FICHE DE POSTE SUPERVISEUR

IDENTIFICATION DU POSTE	Cette fiche de poste concerne les superviseurs qui exercent au sein du SAS doté du numéro public national et gratuit « 113 ».
Caractéristique du service	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le service est ouvert 24h/24h et 7 jours /7. ✓ Le poste de superviseur est pourvu au minimum sur des horaires de journées permettant de garantir une présence
Liaisons Hiérarchiques	<ul style="list-style-type: none"> - Co-gouvernance SAS - Médecin Chef de Service volet AMU, médecin responsable volet SNPA - Cadre supérieur de pôle - Cadre de santé
Relation fonctionnelles	<p><u>Interne au service :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecins régulateurs urgentistes et généralistes, médecins SMUR ✓ Assistante sociale ✓ IPA ✓ Secrétaires du SAMU / de la CPTS <p><u>Externe au service :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accueil du volet SNPA : CPTS MMG, centre de santé ✓ Coordination ambulancière ✓ Services d'hospitalisations, autres hôpitaux, cliniques ✓ SDIS ✓ Ambulanciers ✓ Médecins extérieurs libéraux (généralistes, spécialistes) ✓ EHPAD, maisons de retraites ✓ Police, gendarmerie ✓ Professionnels libéraux : IDEL, kinésithérapeute
Missions générales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gérer et optimiser le fonctionnement de la plateforme SAS front office et volet AMU ✓ Améliorer la qualité de service et rendre opérationnels les objectifs qualités du SAS notamment au niveau du front office ✓ Assurer un management de proximité des ARM ✓ Contribuer aux évolutions du SAS
Activités	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Gérer et optimiser le fonctionnement de la plateforme SAS front office et volet AMU</u> <p>Organiser, accompagner et piloter l'activité de l'équipe ARM Assurer le reporting statistique des activités et en présenter les résultats Assurer l'analyse prospective des besoins en personnels : assurer l'adéquation des moyens humains au flux d'activité S'assurer de l'efficacité des ressources et supports techniques pour garantir un usage optimal</p>

	<p>Faire appliquer les caractéristiques liées au métier et à l'environnement du SAS pour Garantir la prise en compte des réglementations spécifiques à chaque volet</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Améliorer la qualité de service et rendre opérationnels les objectifs qualités du SAS notamment au niveau du front office</u> <p>Contribuer à la mise en place des procédures qualité et de certification</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Assurer un management de proximité des ARM</u> <p>Participer au recrutement des ARM Optimiser les ressources constitutives de l'équipe (cartographie de compétences) Professionaliser l'équipe au travers d'analyse de pratiques, d'évaluations formatives (exemple : écoutes de bandes) Animer des formations ponctuelles et participer à la formation continue tout au long de la vie Participer à l'évaluation annuelle des ARM</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Contribuer aux évolutions du SAS</u> <p>Participer à l'élaboration des projets Rendre compte des résultats individuels et collectifs Etre force de propositions</p>
<p>✓ Compétences requises</p>	<p style="text-align: center;">SAVOIR</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Connaissances du métier d'ARM ✓ Connaissances des organisations hospitalières et extrahospitalières et plus particulièrement l'organisation de la réponse aux DSNP ✓ Connaissances en management <p style="text-align: center;">SAVOIR-FAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maitriser les outils informatiques (métier, outils statistiques) et de téléphonies avancées ✓ ✓ Maitrise des techniques de communication à distance ✓ Capacité à être proactif, à initier, à imaginer des propositions nouvelles pour résoudre les problèmes identifiés ou pour améliorer une situation : proposer des améliorations, être positif et constructif. ✓ Capacité à mobiliser une équipe et/ou des interlocuteurs, à les entraîner et les fédérer dans la poursuite d'objectifs partagés : Faire preuve de leadership, capacité de gestion de conflits. ✓ Capacité à réagir rapidement face à des évènements et à des imprévus, en hiérarchisant les actions, en fonction de leur degré d'urgence / d'importance. <p style="text-align: center;">SAVOIR ETRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Courtoisie et politesse ✓ Empathie et non- jugement ✓ Calme, sang-froid, assertivité ✓ Capacité d'écoute et de concentration ✓ Disponibilité ✓ Réactivité, dynamisme, motivation, rigueur ✓ Adaptation face au stress ✓ Esprit d'équipe
<p>Textes réglementaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Code de Santé Publique et ses articles relatifs aux secrets professionnels. - La loi n°83.634 du 13 juillet 1993 relative aux droits et obligations des fonctionnaires. - Référentiel métier ARM, SFMU juin 2016

LA GRADATION DES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE

LA GRADATION DES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE.....	139
1 INTRODUCTION	141
2 LA NOTION DE GRADATION DES STRUCTURES D'URGENCE	141
2.1 LA NOTION DE GRADATION DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES HOSPITALIERES.....	141
2.2 LES CONDITIONS SPECIFIQUES D'IMPLANTATION DES DIFFERENTES MODALITES	143
3 UNE SITUATION DEGRADEE LIEE A UNE FORTE TENSION.....	143
3.1 LA MEDECINE D'URGENCE EST A BOUT DE SOUFFLE.....	143
3.2 LE NOMBRE DE STRUCTURES EST STABLE MAIS LES PASSAGES AUGMENTENT A UN RYTHME REGULIER	145
3.3 LES SITUATIONS SONT TRES HETEROGENES SUR LE TERRITOIRE ET LES EFFECTIFS SONT SOUS TENSION.....	146
4 QUELLES MESURES PRENDRE POUR AMELIORER DURABLEMENT LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ?	149
4.1 POSER UN PRINCIPE STRUCTURANT ET LE DECLINER EN OBJECTIFS.....	149
4.2 REVISER L'ARCHITECTURE GLOBALE DES URGENCES DANS UN CADRE TERRITORIAL EN INSERANT L'ANTENNE DE MEDECINE D'URGENCE.....	150
4.3 CREER UNE NOUVELLE MODALITE D'ACCUEIL NON-H-24 : L'ANTENNE DE MEDECINE D'URGENCE.....	151
4.3.1 Poser le cadre juridique de l'antenne de médecine d'urgence.....	151
4.3.2 Définir les modalités et critères de mise en œuvre de l'antenne de médecine d'urgence	152
RECOMMANDATIONS	154

1 Introduction

La problématique de la gradation des structures de médecine d'urgence s'inscrit dans la mesure 7 « Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence... » du pacte de refondation des urgences présenté par la ministre des Solidarités et de la Santé le 9 septembre 2019.

Un des leviers de transformation du système de santé réside dans la rénovation du régime des autorisations d'activité et d'équipements.

Ainsi, la réforme des autorisations contribuera à mettre en œuvre des engagements majeurs du programme « Ma santé 2022 » dont le pacte de refondation des urgences constitue un pan entier.

L'ambition de cette réforme doit, entre autres, permettre l'émergence d'une logique globale de gradation territoriale de l'offre de soins en s'appuyant, autant que possible, sur des systèmes de seuils d'activité avec le souci du renforcement de la qualité et de la pertinence des soins.

Les enjeux de cette démarche portent sur la définition d'une organisation territoriale structurée, graduée avec une double exigence de qualité améliorée et de sécurité garantie.

2 La notion de gradation des structures d'urgence

L'activité de médecine d'urgence est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est faite par les **services d'aide médicale urgente** (SAMU). Une prise en charge adaptée à l'état de la personne est mise en œuvre au domicile ou sur la voie publique, lieu de travail, etc. Pour les patients dont le risque vital est engagé ou nécessitant un transport médicalisé urgent vers un plateau technique, elle est assurée par la **structure mobile d'urgence et de réanimation** (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Dans ce cas, le médecin régulateur du SAMU détermine la destination hospitalière du patient : **structure des urgences** (SU) disposant du plateau technique le plus adapté à son état ou filière de soins spécialisée dont il relève. Le SMUR assure le transport médicalisé vers le service d'hospitalisation.

Dans certains territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des **médecins correspondants du SAMU (MCS)**, médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Les structures d'urgence accueillent également les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical notamment du SAMU centre 15.

2.1 La notion de gradation dans la prise en charge des urgences hospitalières

Appliqué au système de santé, ce terme de gradation est polysémique et, à cet égard, doit être précisé afin de cadrer au mieux les débats.

Ainsi qu'il a été énoncé par le président de la République lors de la présentation du plan Ma Santé 2022, « la révision [des activités hospitalières soumises à autorisation] se fera dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisés à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins ».

Cette notion appliquée à des structures d'urgence, par définition étroitement liées aux autres services d'activités médicales et aux plateaux techniques, justifie une approche systémique. En effet, il est délicat de dissocier les différentes structures ou services en raison de leur intime imbrication. Il est donc utile de rappeler qu'une prise en charge optimale doit s'inscrire dans une logique de **parcours de soins gradué, articulé et coordonné**.

En l'état actuel des choses, on distingue plusieurs types de gradation pour assurer une prise en charge de la médecine d'urgence hospitalière. On peut apprécier le niveau de prise en charge selon :

- La prise en charge au sein de l'établissement autorisé, du fait de besoins à couvrir (soins spécialisés voire hyperspécialisés plus restreints car ils nécessitent des moyens humains -en volume et expertise- et matériels importants pour assurer des soins dans des conditions de qualité et de sécurité optimales) ;
- Le niveau de l'établissement autorisé à l'activité d'urgence, en lien direct avec le niveau des autres activités et équipements autorisés au sein de l'hôpital. Désormais, la logique territoriale promue au sein des groupements hospitaliers de territoire⁷⁹ (GHT) s'impose et donne un sens plus large à la notion d'établissement de santé *stricto sensu* à la faveur d'une approche de groupe hospitalier de territoire.

La médecine d'urgence est une des activités de soins soumise à autorisation⁸⁰. Issues d'une longue histoire, les urgences au sens large du terme ont fait l'objet de nombreux rapports et ont connu des réformes plus ou moins profondes.

Pour mémoire

- ⇒ Les décrets de mai 1995 puis 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 étaient prévus pour traiter tous les types d'urgence ;
 - les unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) devaient prendre en charge les 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 mai 2006 ont supprimé la distinction entre UPATOU et SAU avec l'objectif d'assurer une prise en charge identique en tout point du territoire. Les ex-POSU, devenus plateaux techniques spécialisés sont désormais décrits en dehors des modalités pour les structures des urgences, à l'exception des POSU pédiatriques.

Depuis 2006, **trois modalités d'autorisation de médecine d'urgence** existent et s'articulent entre elles pour répondre au mieux aux besoins de la population et apporter une continuité de prise en charge des patients.

- **SAMU centre 15** : La régulation des appels adressés au **service d'aide médicale urgente** (SAMU)

⁷⁹ Les GHT ont été créés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et concerne les établissements publics de santé.

⁸⁰ Cf. annexe 1 : Extrait du Code de la santé publique sur les 3 modalités de la médecine d'urgence.

- **SMUR** : La prise en charge des patients par la **structure mobile d'urgence et de réanimation** (SMUR), et le SMUR pédiatrique, spécialisé dans la prise en charge et le transport d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons.
- **Structures d'urgence** : La prise en charge des patients accueillis dans la structure d'urgence accueillant tout patient ou dans la structure d'urgence pédiatriques dérogeant au principe d'accueil de tout public, et ne prenant en charge que les enfants.

Les modalités techniques énoncées dans le Code de la santé publique permet de comprendre les logiques sous-jacentes de prise en charge⁸¹. Relevant du régime des autorisations, les normes édictées sont nombreuses et détaillées. En cela, une forme de complexité du système est introduite. Pour autant, cela est nécessaire pour garantir des exigences minimales de sécurité. Dès lors, toute modification ou complément apportés au dispositif de prise en charge des urgences doit en passer par une adaptation des autorisations.

2.2 Les conditions spécifiques d'implantation des différentes modalités

Les conditions d'implantation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement sont prévues dans le Code de la santé publique. Elles déterminent les règles impératives que doit respecter l'établissement dans son organisation et son fonctionnement en particulier l'appellation structure des urgences, doit correspondre à quatre critères : la présence de médecins urgentistes, la présence d'une unité d'hospitalisation de courte durée, la permanence H24 et l'accueil de tout public.

Ainsi l'articulation d'une autre modalité comme l'antenne de médecine d'urgence (*cf. infra*) doit prendre en compte ces éléments pour s'insérer de façon cohérente et adaptée dans le territoire. La mise en place d'antenne de médecine non H24 devra nécessairement s'articuler avec les modalités existantes et être soumis au régime des autorisations pour encadrer son implantation et fonctionnement qui exigent le respect de critères stricts.

3 Une situation dégradée liée à une forte tension

3.1 La médecine d'urgence est à bout de souffle

En 2017, en France métropolitaine et Outre-mer, 713 structures des urgences (service de santé des armées (SSA) compris), situées dans 637 établissements de santé ont traité 21,4 millions de passages, soit une progression de 2,1 % par rapport à 2016⁸².

Cette progression prolonge la tendance observée depuis une vingtaine d'années. Le tome I de ce rapport a analysé en détail les causes de cette augmentation notamment celle liée à la prise en charge par défaut par les structures d'urgences hospitalières de patients qui pourraient bénéficier de parcours de soins ambulatoires.

⁸¹ Cf. Code de la santé publique en particulier les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement ; article R. 6123-1 et suivants et articles D. 6124-1 et suivants.

⁸² Un établissement peut avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières⁸³, 101 SAMU et 459 implantations de SMUR et 69 antennes de SMUR assurent l'orientation, la prise en charge pré-hospitalière et le transport des malades.

Tableau 1 : Nombre d'autorisation dans les établissements tout statuts* confondus

Structures d'urgence**	713
SMUR**	528
SAMU	101

Source : Retraitement mission, données DREES 2017, décembre 2019.

Note de lecture : - statuts public, privé lucratif ou d'intérêt collectif.

- les structures d'urgence ou SMUR regroupent des structures générales, pédiatriques ou mixte.

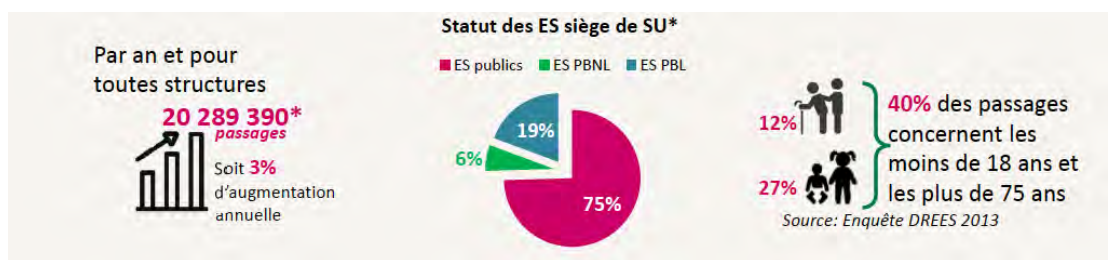
La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 77 % des structures des urgences, tandis que 18 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % des ESPIC. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics et les Samu sont exclusivement publics.

Des services spécialisés en pédiatrie ou des filières d'accueil spécifiques complètent le dispositif. En effet, 13 % des 713 structures des urgences et 5 % des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques, indiquant une prise en charge exclusive des enfants au sein de l'entité géographique.

Dans les structures des urgences générales, les patients de moins de 18 ans représentent 21 % des passages en 2017 (22 % en 2016). Le cas échéant, la prise en charge de ces enfants est organisée au sein d'une filière de soins spécifique, en collaboration avec une structure de pédiatrie.

Par ailleurs, si 23 % des structures des urgences relèvent du secteur privé ou ESPIC, c'est le cas de 5 % seulement de celles qui sont autorisées en pédiatrie.

Graphique 1 : Analyse détaillée des passages aux urgences



Source : DREES, panorama des établissements 2017, données 2015.

Tableau 2 : Analyse quantitative de l'activité des structures d'urgence

Nombre moyen de passage par an et par service	28 000
Part des structures d'urgence traitant plus de 40 000 passages/an*	22 %
Part des structures d'urgence traitant moins de 30 000 passages/an	63 %
Part des structures d'urgence traitant moins de 15 000 passages/an	20 %

⁸³ Source : DREES, Données SAE, 2017.

Source : DREES, panorama des établissements 2017, données 2015.

Il est à noter que 20 % des établissements faisant plus de 40 000 passages par an font 40 % de l'activité des structures d'urgence.

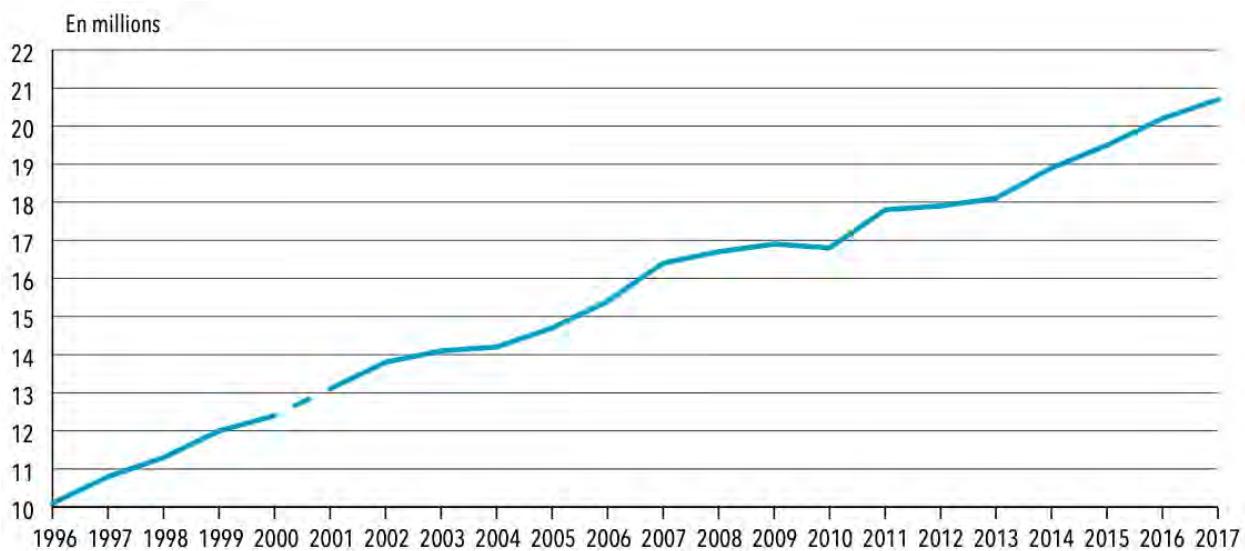
Dans les structures d'urgence soumises à une forte tension, les situations deviennent parfois ingérables. L'afflux de patients provoque des situations de crise pouvant conduire à des pertes de chances de patients se dirigeant spontanément vers une structure ne pouvant plus, exceptionnellement assurer sa mission d'accueil du public en toute sécurité. A elles seules, ces situations rares mais graves justifient des mesures fortes. C'est bien dans une approche globale et multiforme qu'une solution peut être trouvée.

L'ensemble de ces éléments révèle une grande diversité des structures. C'est pourquoi, les réponses aux difficultés ne peuvent pas être globalisantes. Au contraire, une vision fine des territoires est indispensable et une certaine souplesse dans le cadre de dérogation possible s'avère judicieuse. Il y a des effets domino entre petites et grosses structures, localisation territoriale, pénurie des personnels médicaux, etc. que les ARS doivent être en mesure d'appréhender et adresser avec les outils à leur main.

3.2 Le nombre de structures est stable mais les passages augmentent à un rythme régulier

Le nombre annuel de passages continue de progresser à un rythme régulier. Pour la France métropolitaine, hors SSA, le nombre annuel de passages s'établissait à légèrement plus de 10 millions en 1996. Comme l'indique le graphique ci-après, il est depuis en augmentation constante de 3,5 % en moyenne chaque année, excepté en 2010, et atteint près de 21 millions de passages en 2017.

Graphique 2 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Source : DREES, SAE 1996-2017, traitements DREES.

La part des passages aux urgences du secteur privé (à but lucratif ou ESPIC) est stable depuis 2010 et s'établit à 18 % en 2017. La permanence des soins est en effet ouverte à l'ensemble des établissements de santé y compris aux cliniques privées depuis la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 101 services d'aide médicale urgente (SAMU) et 459 implantations de SMUR et 69 annexes mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge pré-hospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à 30 minutes, des médecins correspondants du SAMU (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

Compte tenu de la place des structures de médecine d'urgence dans le système hospitalier avec, en particulier, les structures d'urgence devenues l'un des principaux points d'entrée de l'hôpital, cette saturation met en grande tension l'ensemble des services hospitaliers. Elle crée un grand mécontentement des usagers et génère une grande frustration des professionnels. Conjugée aux problèmes de démographie médicale, cette situation hétérogène sur le territoire crée un déséquilibre et met à l'épreuve l'organisation hospitalière.

Dans l'incapacité d'assurer leurs lignes de garde, comme évoqué précédemment, certains établissements se retrouvent dans l'obligation de fermer leurs structures d'urgences, et pour tenter de l'éviter choisissent de sacrifier des lignes de garde du SMUR. Ils fragilisent ainsi le maillage territorial de la réponse aux urgences vitales en découvrant ainsi les populations les plus éloignées des structures des urgences dans l'espoir de faire baisser une tension à l'hôpital souvent liée à l'afflux patients en majorité non graves. Ainsi paradoxalement, des SMUR, alors que le nombre d'urgences vitales reste stable, se retrouvent par siphonage de leurs moyens médicaux vers les structures d'urgence dans de grandes difficultés et fonctionnent en mode dégradé. Cette dégradation est un grave dysfonctionnement et en aucun cas une option d'organisation pérenne.

Le recours excessif à l'intérim, devenu très onéreux et conjugué au non-respect de la réglementation quant à la rémunération, pose de nombreux problèmes. De surcroît, les intérimaires ne s'inscrivent pas dans une logique d'équipe en faveur de la prise en charge au long cours des patients. Ce recours met en péril le bon fonctionnement de l'institution alors qu'il est censé être utilisé pour le préserver.

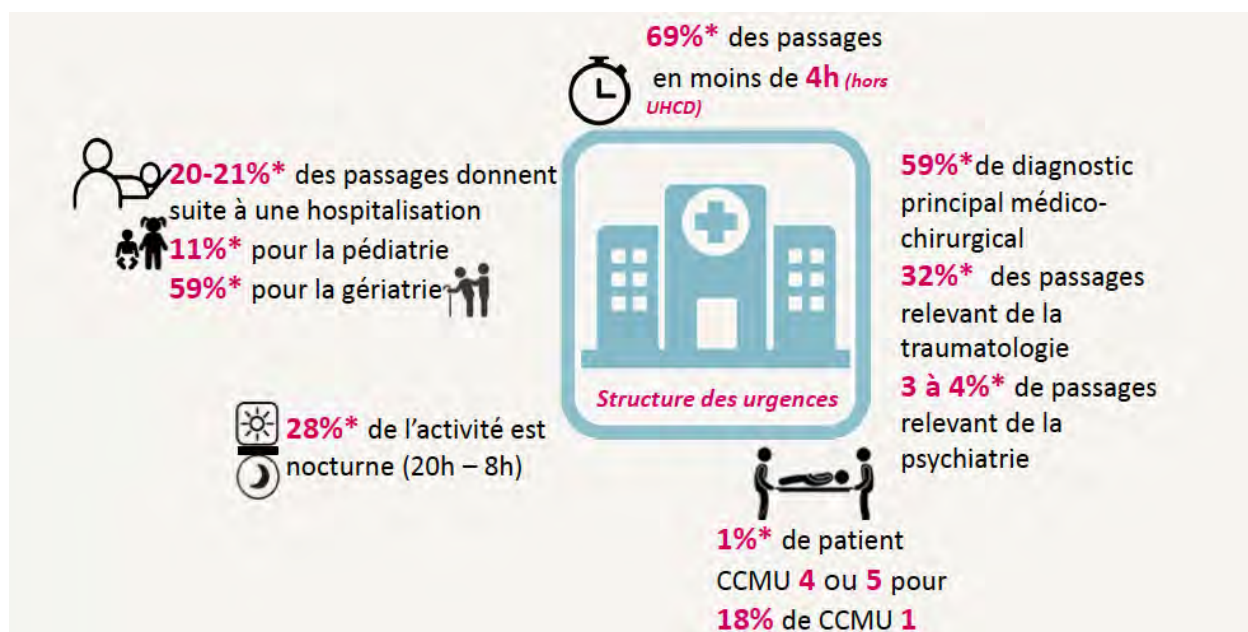
Cette situation paradoxale cumule les difficultés d'ordre juridique, éthique, financier et organisationnel.

3.3 Les situations sont très hétérogènes sur le territoire et les effectifs sont sous tension

Les structures d'urgence sont majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 100 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques (26 700 passages par an en moyenne) que dans les structures des urgences générales (30 600 passages par an). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent en moyenne 22 800 passages annuels, contre 33 100 dans le secteur public. Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 20 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et 61 %, moins de 30 000. À l'opposé, 23 % des structures enregistrent 40 000 passages ou plus par an et traitent 45 % de l'ensemble des passages.

Schéma 9 : Quelques données générales : 2017 sur chiffres 2015 et 2016



Source : Données du panorama des ORU 2016 produit par la Fédération des Observatoires régionaux des urgences

Note de lecture : base de remplissage à 92 % des registres des passages aux urgences.

Classification clinique des malades aux urgences

Les études sur les activités des services d'urgences ont nécessité la création de classification des malades de prise en charge différente. Plusieurs classifications ont été proposées et répondants aux normes requises : simplicité, rapidité, pertinence et coût maîtrisé.

La classification clinique des malades aux urgences constitue une des classifications qui codifie l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical.

La classification CCMU subdivise les patients en 5 classes selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial.

- Les classes 1 et 2 : malades dont l'état clinique est jugé stable
- la classe 3 malades dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé
- les classes 4 et 5 : malades dont le pronostic vital est jugé engagé

CCMU 1 : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.

CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.

CCMU 5 : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Deux autres classes P et D complètent la classification.

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.

CCMU D : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

Les effectifs se contractent et les perspectives démographiques sont préoccupantes

Les structures d'urgence régulièrement sous tension sont en proie à des dérives comme l'exposition à des effets pervers notamment sur des rémunérations excessives d'intérimaires. Les projections sur la démographie des urgentistes ne sont pas rassurantes. En effet, toute chose égale par ailleurs, comme l'indique le graphique ci-après, la pyramide des âges montre que le renouvellement des générations professionnelles d'urgentistes en qualité de praticiens hospitaliers n'est pas complètement assuré.

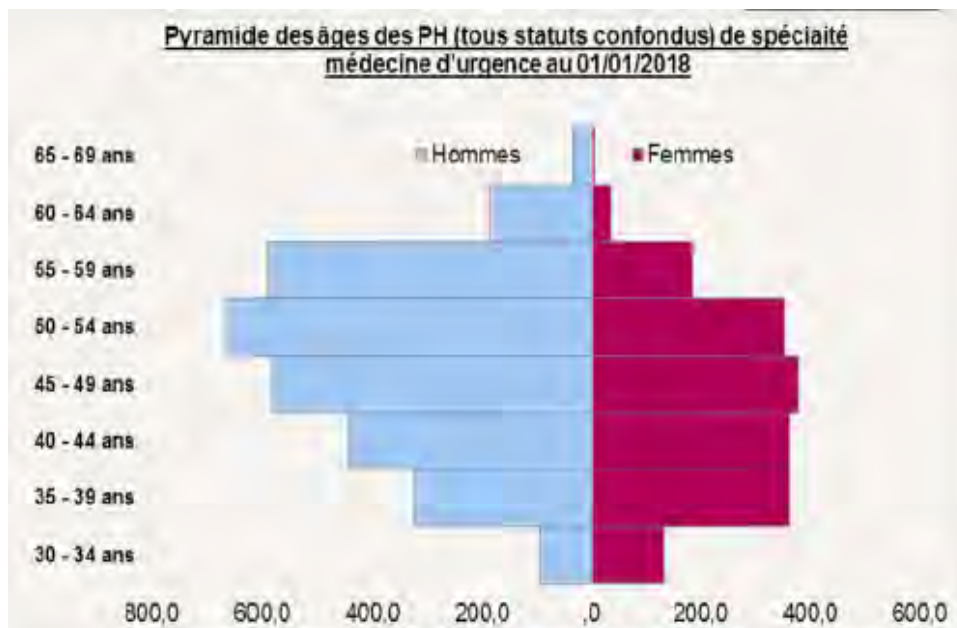
Tableau 3 : Les personnels des urgences

	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel
Médecins (hors internes)	7573	7581
dont pédiatres	482	533
dont psychiatres	83	104
Personnel non médical	25 395	8 685
Dont cadres de santé	700	254
Dont infirmiers DE avec ou sans spécialisation (exemples : IDE, puéricultrices, IADE), mais hors encadrement	13 313	4 928
Dont aides-soignants	7 583	1 989
Dont brancardiers	920	147
Dont assistants de service social	95	146
Dont secrétaires	1 429	642

Source : Données SAE, 2017.

Note : Ces données ne concernent que les PH titulaires mais donnent une tendance assez révélatrice de la situation à venir.

Graphique 3 : Pyramide des âges des praticiens hospitaliers (tous statuts confondus) de spécialité médecine d'urgence



Source : CNG, situation au 1^{er} janvier 2018.

Si l'offre hospitalière est restée globalement stable sur la décennie 2007/2017, elle est majoritairement publique et fait face, avec difficultés, à une hausse d'activité et des tensions sur la démographie professionnelle des urgentistes.

En mettant en regard les normes liées aux autorisations, les volumes d'activité et le format des services, il apparaît un décalage majeur sur le territoire : des ressources (humaines et techniques) sont mobilisées avec une prise en compte insuffisante de l'activité (en volume et en temporalité notamment sur la nuit profonde), du profil des structures hospitalières et des patients.

4 Quelles mesures prendre pour améliorer durablement la prise en charge des urgences ?

4.1 Poser un principe structurant et le décliner en objectifs

Le principe à poser doit permettre de trouver les voies et moyens pour transformer nos organisations en adaptant le système au besoin réel de la population. Il convient de rappeler que les structures d'urgence ont vocation à **prendre en charge la détresse provoquée par toute situation d'urgence médicale. Dès lors, la nouvelle organisation proposée doit recentrer les missions des structures urgences sur leur cœur de métier et garantir un équilibre pour que les conditions d'implantation et de fonctionnement techniques soient en conformité avec les objectifs recherchés.** En effet, la logique « du tout ou rien » concernant l'organisation des urgences en particulier l'amplitude horaire H24 a permis de garantir la lisibilité de l'offre mais, à certains égards conduit à une situation inadaptée et ruineuse pour certains établissements faisant appel massivement à l'intérim. Le système doit en conséquence être adapté au profit d'une nouvelle approche souple et originale afin de satisfaire au mieux les besoins de la population sur le territoire.

Ainsi, les objectifs à atteindre conduisent à :

- Assurer l'accès aux soins urgents pour la population en tout point du territoire ;
- Rechercher une articulation cohérente entre les structures de médecine d'urgence et l'organisation graduée des structures d'urgence ;
- Centrer la médecine d'urgence sur son cœur de métier, en veillant à l'utilisation pertinente des moyens mobilisés dans le cadre de l'antenne médicale d'urgence (ressources humaines, plateaux techniques, vecteurs d'intervention) ;
- Assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, en particulier des plus vulnérables (personnes âgées, jeunes enfants, psychiatrie) ;
- Clarifier les relations entre l'aide médicale d'urgence et les services de secours dans l'intérêt de la lisibilité de cette offre pour la population et de l'efficacité des interventions de chacun.

Les difficultés de fonctionnement que rencontrent les services d'urgence, notamment pour assurer leurs lignes de garde, sont régulièrement constatées et décriées. Les professionnels de santé, les ARS et la population perd en grande partie la lisibilité du système.

Recommandation n°1 Recentrer les structures d'urgence sur le cœur de métier et garantir une réponse adaptée aux patients dans leur prise en charge.

4.2 Réviser l'architecture globale des urgences dans un cadre territorial en insérant l'antenne de médecine d'urgence

Le chantier du droit des autorisations de médecine d'urgence a permis d'approfondir les modalités de création d'une structure non-H24 dite « antenne de médecine d'urgence » s'insérant dans le dispositif actuel.

Pour permettre à cette antenne d'être une modalité pérenne, elle doit s'inscrire dans une organisation territoriale visant à préserver voire renforcer le maillage de prise en charge des urgences. Pour des raisons de simplicité, de cohérence et de responsabilité, **le porteur de l'autorisation juridique serait l'établissement-siège** de l'antenne de médecine d'urgence.

Afin de garantir un fonctionnement coordonné sur le territoire, l'autorisation d'antenne de médecine d'urgence serait conditionnée à un fonctionnement en **équipe commune de territoire**, avec un autre établissement ayant une structure des urgences. Il s'agit là de constituer un vivier de professionnels investis dans la vie des structures d'urgence du territoire. Ce fonctionnement en équipe commune semble également utile pour prévenir la perte de compétences et maintenir la diversité de l'exercice de la médecine d'urgence. Enfin, l'exercice non-exclusif en antenne de médecine d'urgence permet de renforcer la solidarité entre les structures, d'éviter de cloisonner ces mêmes structures entre elles.

Recommandation n°2 Réviser l'architecture des structures d'urgence en intégrant l'antenne de médecine d'urgence dans le dispositif.

4.3 Créer une nouvelle modalité d'accueil non-H-24 : l'antenne de médecine d'urgence

L'antenne de médecine d'urgence est soumise au régime des autorisations et ne diffère de la Structure d'Urgence que sur l'ouverture non H24.

Cette antenne non-H24 devra répondre à des objectifs et des critères clairement identifiés :

- Maintenir en journée des points d'accès aux soins urgents de proximité dans un contexte de forte contrainte sur la démographie médicale urgentiste ;
- Organiser une offre de soins lisible pour les patients ;
- Permettre ou faciliter des mutualisations en milieu urbain, le cas échéant, lorsque l'offre est dense et l'activité réduite en nuit profonde.

L'organisation répondra aux caractéristiques suivantes :

- Structure non permanente avec des horaires d'ouverture fixes ;
- Appellation en propre, différenciée de celles des structures d'urgences actuelles ;
- Capacité de prendre en charge toute urgence, sans réserve, c'est-à-dire qu'elle constituerait un point d'accès aux soins urgents durant sa période d'ouverture ;
- Structure adossée à un SMUR, une dérogation à ce critère étant possible en fonction du territoire, laissée à l'appréciation du DG ARS.

Recommandation n°3 Définir les modalités d'implantation, d'organisation et de fonctionnement des antennes de médecine d'urgence.

4.3.1 Poser le cadre juridique de l'antenne de médecine d'urgence

L'autorisation sera conditionnée au positionnement d'une antenne de SMUR sur la même entité géographique afin d'assurer l'aide médicale urgente et garantir le maillage d'accès aux soins de médecine d'urgence. Cette condition d'autorisation est essentielle pour organiser et sécuriser la continuité des soins, notamment après la fermeture en soirée de l'antenne de médecine d'urgence.

La condition d'autorisations conjointes « antenne de médecine d'urgence » et SMUR est pertinente pour positionner l'antenne comme une offre de médecine d'urgence. Cependant, la présence de SMUR pourrait s'avérer dans certains cas, notamment en nuit profonde pour une zone urbaine dense, superflue car la couverture est déjà suffisante. Si le principe de conserver ce critère d'adossement garde tout son sens, une dérogation au principe est possible sur la base de l'appréciation du directeur général de l'ARS.

Il conviendra de veiller également au risque de dérives comme le désengagement de certaines structures qui créerait un report de l'activité sur les autres structures avec le risque d'engorgement de ces dernières. Les effets néfastes de cette situation seraient contre-productives et mettraient à mal la nouvelle organisation. Les engagements de chacun doivent être respectés avec le souci de la responsabilité partagée entre établissements de santé autorisés en médecine d'urgence quel que soit le statut juridique. A cet égard, les prises en charge de patients âgés et/ou polypathologiques doivent constituer une exigence impérative.

Une instruction serait nécessaire pour aiguiller et appuyer les établissements mais également les ARS dans la mise en œuvre de ce type d'autorisation. Il conviendrait de définir le périmètre territorial, ainsi que le type d'activité qui permettraient l'organisation en antenne de médecine d'urgence. Il

s'agit de cibler des structures des urgences à l'activité isolée, réduite en volume et présentant un faible taux d'hospitalisation.

Afin d'assurer la qualité et la sécurité des prises en charge et de préserver la bonne orientation pré-hospitalière des patients, le fonctionnement de la régulation médicale est un élément crucial. Cette question est centrale car elle recoupe d'autres problématiques à savoir le service d'accès aux soins (SAS) et les transports sanitaires urgents (TSU).

Recommandation n°4 Réviser le régime des autorisations de l'ensemble du dispositif Urgence pour l'adapter à la nouvelle architecture.

4.3.2 Définir les modalités et critères de mise en œuvre de l'antenne de médecine d'urgence

En proposant une offre complémentaire, les modalités existantes doivent être adaptées pour s'articuler au mieux entre elles.

- La structuration de l'antenne de médecine d'urgence doit répondre à des exigences :
 - l'existence d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) au sein de l'antenne de médecine d'urgence : l'antenne ne fonctionnant pas H24, la question du rôle de la zone permettant la surveillance des patients en attendant l'affinement du diagnostic et l'orientation est posée. La dénomination d'UHCD sans doute impropre à la situation emporte pour autant un certain nombre de conséquences, en particulier sur le financement. Ceci constitue un gage pour les professionnels.
 - La mise en œuvre de l'équipe commune de territoire, sujet qui mérite une attention particulière et qui est liée également à la problématique plus générale de la territorialisation de l'offre hospitalière.
 - Les objectifs de la mise en place de l'antenne de médecine d'urgence sur un territoire doivent être clairs et partagés avec les structures d'urgence existantes. Qu'elle s'appuie sur un établissement public ou privé, l'antenne ne doit pas permettre la sélection des patients au bénéfice de cet établissement mais participer à la couverture globale de la prise en charge des urgences.
- Les modalités concrètes de mise en œuvre doivent être fondée sur la clarification des critères pour éviter toute ambiguïté :
 - ⇒ **Sur le plan juridique**
 - L'antenne de médecine d'urgence n'est pas une structure des urgences à proprement parler mais elle s'inscrit dans le maillage territorial hospitalier.
 - Elle constitue un point d'offre dans le maillage de l'accès aux soins urgents. Cette antenne a le devoir de prendre en charge tous les patients qui s'y présentent notamment les patients régulés par les services d'aide médicale urgente.
 - Elle est soumise aux mêmes obligations que celles dévolues aux structures d'urgence en dehors de l'ouverture H24.
 - L'établissement de santé est porteur de l'autorisation en propre pour l'antenne de médecine d'urgence.
 - Cette autorisation est conditionnée à l'effectivité d'une convention inter-établissements organisant la relation entre l'établissement siège de la structure d'urgence-support et l'établissement de l'antenne.

- L'adossement à un SMUR est à prévoir avec des dérogations possibles du DG ARS dans les cas où le maillage en soins de médecine d'urgence est préalablement assuré et garantit un accès aux dits soins en 30 min.

Les modalités concrètes inscrites dans les textes permettront d'apporter des garanties pour emporter l'adhésion, autant que possible.

⇒ **Sur le plan pratique**

- Elle est soumise à un affichage spécifique indiquant « antenne de médecine d'urgence » ainsi que ses horaires d'ouverture.
- Elle est soumise à un fonctionnement en équipe commune de territoire sur la base d'une convention avec l'ES siège de la structure d'urgence H24 du territoire de santé.
- Elle est appréhendée dans un ensemble plus large que l'établissement : le Groupement hospitalier de territoire et s'inscrit idéalement dans un pôle inter-établissements du territoire.
- Elle dispose, à ses heures d'ouverture, du même équipement et des mêmes accès (biologie et imagerie) qu'une structure d'urgence et est articulée avec les services d'aide médicale urgence du territoire.
- Les horaires d'ouverture font l'objet d'un encadrement minimal prévu dans le droit des autorisations avec une ouverture en continu 7/7 et une amplitude horaire d'au moins 12h.
- Elle dispose d'une UHCD ouverte aux horaires d'ouverture de la structure.
- La tenue du registre de passage aux urgences (RPU) est obligatoire.

Tous ces éléments pratiques permettront de proposer des solutions dans les meilleurs délais. L'articulation entre deux établissements public et privé, n'est à ce stade pas approfondie. Elle sera traitée ultérieurement car les travaux à conduire sont plus complexes compte tenu des statuts juridiques de ces établissements.

Recommandation n°5 Prévoir le corpus d'accompagnement de mise en place de l'antenne.

La mise en place des antennes de médecine d'urgence emporte comme conséquence l'adaptation voire la rénovation des autorisations des trois modalités de médecine d'urgence : structure d'urgence, SMUR et SAMU.

L'objectif est d'optimiser le maillage territoriale et assurer la prise en charge optimale de la population.

L'antenne de médecine d'urgence apporte une réponse structurée et étayée qui, combinée aux autres actions devraient améliorer sensiblement et durablement la situation de prise en charge des urgences sur le territoire.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Recentrer les structures d'urgence sur le cœur de métier et garantir une réponse adaptée aux patients dans leur prise en charge.
2	Réviser l'architecture des structures d'urgence en intégrant l'antenne de médecine d'urgence dans le dispositif.
3	Définir les modalités d'implantation, d'organisation et de fonctionnement des antennes de médecine d'urgence.
4	Réviser le régime des autorisations de l'ensemble du dispositif Urgence pour l'adapter à la nouvelle architecture
5	Prévoir le corpus d'accompagnement de mise en place de l'antenne.

RÉFORME DES TRANSPORTS MEDICALISÉS

1	INTRODUCTION	157
2	LE TRANSPORT SANITAIRE URGENT SE DECLINE EN PLUSIEURS TYPES	157
2.1	LE TRANSPORT SANITAIRE URGENT HOSPITALIER COMPREND LES SMUR ET LES TIIH	157
2.2	LES TRANSPORTS PRIMAIRES REGROUPENT LES INTERVENTIONS PRE-HOSPITALIERES DES SMUR	160
2.3	LES TRANSPORTS SECONDAIRES DES SMUR REGROUPENT LES TRANSFERTS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE	161
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
3.1	SOUS CERTAINES CONDITIONS ET DANS LE CADRE DE PROTOCOLES, DES INFIRMIERS POURRAIENT PRENDRE EN CHARGE LE TRANSPORT DE PATIENTS NE NECESSITANT PAS UNE PRESENCE MEDICALE CONTINUE, NOTAMMENT POUR DES INTERVENTIONS SECONDAIRES	164
3.1.1	<i>Dans le cadre de l'intervention primaire</i>	<i>164</i>
3.1.2	<i>Dans le cadre du transport secondaire, le développement des TIIH permet une paramédicalisation déjà réglementaire</i>	<i>165</i>
3.2	MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME DE TRANSPORTS MEDICALISES	167
3.3	LA RESSOURCE MEDICALE AINSI RENDUE DISPONIBLE POURRAIT UTILEMENT ETRE REDEPLOYEE AU PROFIT DES PATIENTS EN AYANT LE PLUS BESOIN, AU SEIN DES STRUCTURES D'URGENCES DES SAMU ET DES SMUR	168
	RECOMMANDATIONS.....	169
	ANNEXE 1 : SITUATIONS CLINIQUES JUSTIFIANT UN TIIH	171

1 Introduction

Les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont un élément essentiel du maillage du territoire pour répondre aux urgences vitales. Cependant, dans un contexte notamment marqué par une pénurie de médecins urgentistes, ils sont bien souvent une variable d'ajustement, d'autant que les interventions du SMUR sont consommatrices de temps médical et paramédical. Des difficultés importantes à remplir toutes les lignes de garde pour garantir une couverture territoriale en soins urgents ont conduit d'ailleurs certains établissements à prioriser le maintien du service d'accueil des urgences (SAU), au détriment du SMUR. Or, le maillage territorial par les SMUR reste une nécessité pour assurer la qualité de la prise en charge des urgences vitales. Les lignes de garde SMUR doivent rester prioritaires au quotidien, y compris en cas de manque de médecins urgentistes.

La mission préconise donc de mieux utiliser le temps médical à travers une organisation plus souple permettant une nouvelle offre de transport en utilisant les compétences paramédicales, pour prendre en charge des patients ne nécessitant pas une présence médicale continue au cours de leur transport.

Cette orientation figure au sein de la mesure n°7 du Pacte de refondation des urgences présenté en septembre 2019 par la ministre de la Santé et des Solidarités.

2 Le transport sanitaire urgent se décline en plusieurs types

2.1 Le transport sanitaire urgent hospitalier comprend les SMUR et les TIH

Le transport sanitaire est défini par la loi, à l'article L.6312-1 du code de la santé publique : « *constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.* »

Les SMUR assurent les interventions médicales et les transports médicalisés qui associent deux conditions : l'urgence et la gravité (nécessité d'une réanimation pré-hospitalière). Les modalités d'autorisation des SMUR sont mentionnées à l'article R.6123-1 du code de la santé publique. Ils ont notamment pour mission d'assurer le transport du patient vers un établissement de santé ou le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. Les interventions SMUR peuvent donc être classées en deux groupes : primaires et secondaires.

Lors d'une intervention primaire, le patient est pris en charge sur le terrain. L'équipe d'intervention du SMUR comprend obligatoirement un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote (article D.6124-13 du code de la santé publique). Les interventions du SMUR sont déclenchées et coordonnées par le Samu-Centre 15, tel que prévu à l'article R.6123-16. Le médecin urgentiste de l'équipe SMUR est chargé d'établir un diagnostic, de mettre en œuvre le traitement et de continuer la prise en charge jusqu'à l'arrivée dans le service hospitalier désigné par la régulation médicale du Samu-Centre 15. Il est important de distinguer dans cette action du SMUR la prise en charge médicale sur le terrain et la réalisation du transport du patient qui peut ou non en découler.

Les transports secondaires correspondent aux transports inter-hospitaliers urgents de patients graves réalisés par les SMUR.

Pour ces missions, les SMUR peuvent s'appuyer sur les moyens mis à disposition par le service d'incendie et de secours du département (SDIS), une association agréée de sécurité civile ou une entreprise de transport sanitaire privé⁸⁴. Ces appuis logistiques ne sont pas médicalisés⁸⁵, contrairement au SMUR⁸⁶. Ils peuvent ainsi concourir à l'intervention et/ou réaliser le transport.

Contrairement aux autres modes d'intervention, le SMUR doit être vu non pas comme un transport sanitaire mais comme une activité de soins déportée vers le patient, à son domicile, à son travail, dans l'espace public, etc... Seul le SMUR, hôpital « projeté », comporte cette dimension d'activités de soins, en plus de son activité de transport.

Les transports infirmiers inter-hospitaliers (TIIH) sont encadrés par l'article R.6312-28-1 du code de la santé publique :

- les TIIH urgents sont organisés par les SMUR et régulés par le Samu-Centre 15. Ils sont effectués par une équipe composée au minimum d'un conducteur et d'un infirmier. Ils peuvent utiliser les équipements et les vecteurs du SMUR et ainsi remplacer l'équipe dans des conditions qui sont définies précisément. Cependant, la facturation de ces transports n'est pas clairement précisée et elle peut dépendre du contexte et des conditions du transport ;
- d'autres TIIH sont organisés par les établissements de santé et réalisés, soit par leurs moyens propres (service d'hospitalisation), soit par des entreprises de transport sanitaire, sur convention. Ils ne comportent pas le plus souvent la notion d'urgence ou de gravité. Ces transports paramédicalisés sont fréquemment utilisés en pédiatrie (avec IDE ou puéricultrice). Ils sortent du cadre de ce rapport dans la mesure où ils n'impactent pas les structures et les personnels d'urgences.

Dans la pratique, on observe que la distinction entre l'utilisation des SMUR, des TIIH SMUR ou de moyens hospitaliers, basée logiquement sur la gravité du patient et l'urgence de la prise en charge, n'est pas toujours aussi claire. Ainsi des transports non urgents TIIH, voire des transports médicalisés pour des patients complexes, sont effectués avec les moyens SMUR par défaut d'autre moyen (horaires, *week-end*, ...) ou de possibilités de financement d'une alternative.

Le bordereau SAE (statistique annuelle des établissements de santé) « SMUR-SAMU » agrège des données annuelles sur l'activité des SMUR et des SAMU. Quelques données portent sur les TIIH mais seuls ceux organisés avec les moyens du SMUR sont comptabilisés au sein de la SAE. Les informations fournies sous-estiment donc l'activité des TIIH. En effet, à ce jour, il n'existe pas de comptabilisation des TIIH organisés avec d'autres moyens que ceux des SMUR puisque, dans ce cas, cette activité est financée dans le cadre de la rémunération des séjours hospitaliers qui impliquent ces transports.

⁸⁴ L'article R.6312-3 du code de la santé publique dispose que « seules les entreprises de transports sanitaires ayant fait l'objet de l'agrément institué par l'article L.6312-2 ont droit à l'appellation d'entreprises d'ambulances agréées ou d'entreprises de transports sanitaires aériens agréées ».

⁸⁵ Ainsi, l'article R.6312-7 du code de la santé publique précise que les personnes composant les équipages des véhicules appartiennent aux catégories suivantes : titulaires du diplôme d'Etat d'ambulancier ; sapeurs-pompiers titulaires du brevet national de secourisme et des mentions réanimation et secourisme routier, ou sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille ; titulaires du brevet national de secourisme ou du brevet national des premiers secours, ou de l'attestation de formation aux premiers secours, ou de la carte d'auxiliaire sanitaire ou appartenant à une des professions réglementées aux livres Ier et III de la partie IV ; conducteurs d'ambulance.

⁸⁶ Les véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire sont énumérés à l'article R.6312-8 du code de la santé publique. Il s'agit des ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU), des voitures de secours aux asphyxiés et blessés (VSAB), des ambulances et des véhicules sanitaires légers.

Il est donc aujourd’hui impossible de connaître la proportion de TIIH organisés avec les moyens du SMUR et avec les services d’hospitalisation, voire d’avoir une vision consolidée sur leurs organisations et activités.

Recommandation n°1 Améliorer la connaissance de l’organisation et de l’activité des TIIH urgent au niveau national en effectuant des remontées d’informations.

Tableau 1 : Ensemble des sorties des UMH (unités mobiles hospitalières) – SMUR en 2018 (données déclaratives)

Nature de la sortie	Nombre
Transport primaire	602 913⁸⁷
Transport secondaire	188 302
<i>Dont SMUR (médicalisé)</i>	<i>168 026⁸⁸</i>
<i>Dont TIIH avec les moyens du SMUR</i>	<i>20 276⁸⁹</i>
TOTAL (primaire + secondaire)	791 215

Source : SAE (bordereau SAE SMUR – SAMU)

Le transport primaire représente environ 76 % de l’activité des SMUR en 2018. Au sein du transport secondaire réalisé par les SMUR, le transport infirmier effectué avec les moyens d’un SMUR représente près de 11 %. Le nombre annuel de sorties réalisées par un TIIH est en augmentation constante depuis 2014 (12 755 sorties comptabilisés) mais reste globalement assez faible.

En termes de compétences soignantes dans le cadre de l’équipe médicale d’un SMUR, qui comprend obligatoirement un médecin, la place respective des IADE et des IDE est la suivante :

- les transports par SMUR (qu’il s’agisse de sorties primaires ou secondaires) sont réalisés « en priorité » par un IADE, en application de l’article R.4311-12 du code de la santé publique : « *les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État* ». Cependant, ce même article précise que « *L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur* » ;
- l’article D.6124-13 fixant la composition de l’équipe à trois personnes (médecin, infirmier, ambulancier) ne précise pas de qualification spécifique de l’infirmier et l’article R. 4311-10 du code de la santé publique mentionne ces transports comme faisant partie de la compétence de tout infirmier, sous la responsabilité médicale du médecin du SMUR : « *l'infirmier ou l'infirmière participe (...) aux transports sanitaires : a) transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ; b) transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation* ».

⁸⁷ Par voie terrestre, aérienne ou maritime.

⁸⁸ Par voie terrestre ou aérienne.

⁸⁹ Seules sont prises en compte ici les sorties TIIH réalisées avec les moyens d’un SMUR. Cette donnée est donc sous-estimée par rapport à la totalité des sorties TIIH.

Si la mobilisation de la compétence des IADE est théoriquement prioritaire pour les SMUR, elle ne relève pas de leur exercice exclusif, à l'inverse des autres compétences affectées aux IADE dans le cadre de l'anesthésie-réanimation. Cette exclusivité est le cœur de métier de cette profession, elle est indispensable à l'activité chirurgicale des établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Elle limite de fait leur utilisation en SMUR compte tenu de la pénurie de médecins anesthésistes réanimateurs, encore plus préoccupante que le manque de médecins urgentistes.

La compétence des IADE est cependant exclusive concernant les TIIH de patients intubés, ventilés ou sédatisés, tel que prévu à l'article R.4311-12 du code de la santé publique dans une rédaction récente issue d'une modification introduite par un décret du 10 mars 2017 : « *L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter-hospitaliers* ». Ces transports peuvent ou non rentrer dans le cadre des transports secondaire SMUR (qui par définition sont urgents et médicalisés) lorsqu'ils sont régulés par le SAMU.

Pour être exhaustif, il convient de rappeler que dans ce chapitre ne sont pas envisagés :

- les transports sanitaires non médicalisés et non paramédicalisés qui sont effectués par des sociétés de transport sanitaire ou à défaut par les SDIS (carence ambulancière). Ces moyens permettent aussi, lorsque c'est indiqué, après l'intervention médicale du SMUR d'effectuer un transport non médicalisé vers une structure d'urgence hospitalière. Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la garde ambulancière départementale mise à disposition de la régulation du Samu-Centre 15, est organisée par l'ARS ;
- les transports médicalisés de patients réalisés par des sociétés d'assistance et /ou des transporteurs privés, par voie terrestre et/ou aérienne, parfois à longue distance.

2.2 Les transports primaires regroupent les interventions pré-hospitalières des SMUR

La Société française de médecine d'urgence (SFMU) et Samu Urgences de France (SUDF) définissent le transport primaire comme « *une prise en charge médicale spécialisée d'un ou de plusieurs patients ne se trouvant pas admis dans un établissement de santé et dont l'état requiert de façon urgente une expertise médicale pour des soins d'urgences ou de réanimation et pour leur orientation* »⁹⁰.

En 2018⁹¹, parmi les 602 913 interventions primaires du SMUR, 222 100 sorties ne sont pas suivies par un transport médicalisé. Différents motifs sont possibles : décès du patient, refus d'évacuation du patient, traitement du patient sur place ou, cas le plus fréquent, transport du patient à l'hôpital par un moyen non médicalisé (130 526 interventions)⁹².

La présence médicale est obligatoire dans les SMUR lors de ces interventions primaires en raison de leurs activités de diagnostic et de soins sur place et pendant le transport, contrairement à l'organisation prévue pour les transports sanitaires. Ainsi, l'article D.6124-13 du code de la santé publique précise que « *l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote.* » Le SMUR est donc uniquement un transport médicalisé permettant de projeter une ressource médicale auprès du patient, contrairement aux autres transporteurs. L'engagement des SMUR et la recherche du service

⁹⁰ SFMU et SUDF, référentiel et guide d'évaluation SMUR, 2013.

⁹¹ Source : SAE.

⁹² Le SMUR est initialement intervenu, le patient a été examiné par un médecin et a été stabilisé. Le médecin peut repartir ensuite en véhicule léger et le transport du patient vers l'hôpital s'effectue via un appui logistique, par les pompiers ou une ambulance privée.

d'hospitalisation relèvent de la régulation médicale du Samu-Centre 15 et répondent à des règles de bonnes pratiques déclinées dans le contexte du département concerné.

2.3 Les transports secondaires des SMUR regroupent les transferts entre établissements de santé

Les transports secondaires, appelés « transferts » par la SFMU et SUDF dans leur référentiel⁹³, constituent « *une prise en charge médicale spécialisée d'un patient hospitalisé ou pris en charge par un service (d'urgences ou non), au sein d'un établissement de santé. Elle a pour objet d'assurer, si nécessaire, des soins complémentaires de réanimation et le transfert vers un service ou un plateau technique adapté à l'état du patient. Les établissements de santé, publics ou privés, concernés par ces missions sont : les Centres Hospitaliers, les CHU (Centre Hospitalier Universitaire), les CHR (Centre Hospitalier Régional), les cliniques privées ou les Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), quel que soit le service d'admission du patient. Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées) n'entrent pas dans ce cadre* ».

Lorsque le SMUR intervient pour un transport secondaire, la présence médicale à bord du véhicule est obligatoire, comme pour le transport primaire. Cette obligation est mentionnée à l'article D.6124-14 du code de la santé publique : « *Lors d'un transport inter-hospitalier mentionné au 2° de l'article R. 6123-15, l'équipe d'intervention peut, si l'état du patient le permet, être constituée de deux personnes, dont le médecin mentionné à l'article D. 6124-13.* »

En cas d'intervention du TIIH, comme son nom l'indique, la prise en charge est infirmière et secondaire (cf. article R.6312-28-1 du code de la santé publique). Leur existence n'est cependant pas systématique au sein des établissements.

La question de la pertinence d'organisations différenciées pour les TIIH s'est posée récemment lors des discussions du groupe de travail piloté par la DGOS sur les autorisations. Le groupe de travail n'a cependant pas clairement tranché cette question du positionnement des TIIH, à la fois en termes de structurations (cf. TIIH mis en place avec les moyens du SMUR vs avec les moyens des services d'hospitalisation) et en termes de relations avec le SAMU, comme le montre le tableau ci-dessous, extrait du support de travail du groupe, lors de la séance du 18 avril 2019.

⁹³ SFMU et SUDF, référentiel et guide d'évaluation SMUR, 2013.



Le transport infirmier inter-établissement (TIIH) Poursuite des échanges du GT6

- Aujourd'hui, deux organisations possibles en application du R.6312-28-1 :

	Organisation par le SMUR	Organisation par un service d'hospitalisation
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Mutualisation de moyens• Compétence des équipages	<ul style="list-style-type: none">• Répond directement à un besoin de transport lié à une activité.• Cette activité pourrait se développer avec la gradation des activités de soins.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none">• Transport trop standardisé par rapport aux besoins des services d'hospitalisation ? (ex. : transport néonatal avec inf. puér.)	<ul style="list-style-type: none">• Manque de visibilité de cette activité• Nécessite un volume de transports significatif qui justifie d'avoir un moyen en propre
Impact SAMU	<ul style="list-style-type: none">• Possibilité de disposer plus facilement d'une ligne de SMUR supplémentaire grâce à l'ajout d'un urgentiste ?	<ul style="list-style-type: none">• Moyen attaché à un ES, non mobilisable pour un transport n'impliquant pas celui-ci

- Ces organisations différenciées correspondent-elles à des types de mission différents, ce qui justifierait d'avoir cette double possibilité ?
- A quel besoin de transport du SAMU cette offre correspond ?
- Les TIIH doivent-ils être régulés ou faire seulement l'objet d'une information du SAMU ?

Source : DGOS.

Plus globalement, et au-delà de ces différentes organisations, il apparaît que la distinction entre les TIIH mobilisés pour des transports urgents et ceux mobilisés hors de l'urgence, pour des transports sanitaires classiques entre établissements, manque de clarté. Il s'agit pourtant de deux types d'activité pris en charge par le même mode de transport infirmier. Cela renvoie aussi à la distinction entre les TIIH devant être enclenchés et régulés par le Samu-Centre 15, à l'inverse d'autres, qui ne relèvent pas de l'aide médicale urgente.

Une dissociation plus claire entre ces deux activités serait opportune, au plan juridique, organisationnel et probablement financier. En ce sens, seuls les TIIH déclenchés pour des transports urgents seraient régulés par le Samu-Centre 15 et l'utilisation par défaut des personnels SMUR pour des TIIH non urgent serait limitée.

Recommandation n°2 Catégoriser les TIIH relevant du transport urgent régulés par le Samu-Centre 15 et utilisant des moyens SMUR, de l'activité des TIIH ne relevant pas de l'aide médicale urgente.

Recommandations de SUDF sur les Transferts Infirmiers Inter-Hospitaliers (*extraits*)

SUDF a publié des recommandations en 2004 relatives aux TIIH. Il s'agit de transferts coordonnés par les SAMU territorialement compétent de la structure de soins à l'origine de la demande de transfert. Ils sont « *une réponse adaptée à la diversification et à l'augmentation des transferts inter-hospitaliers, diversification et augmentations engendrées par la restructuration du système de soins autour de plateaux techniques* ». « *Cet effecteur vise à améliorer le rapport bénéfice / risque au cours de transferts inter-hospitaliers de patients stabilisés et à optimiser le temps médical disponible* ». Son positionnement est intermédiaire, entre le transport ambulancier et le transport SMUR. Il est indiqué « *pour les patients stabilisés sans défaillance non compensée* ». Le prérequis est « *la prise en charge préalable par un médecin avec réalisation d'un examen clinique, formulation d'un diagnostic, mise en route d'un traitement adapté et appréciation du risque évolutif* ». « *L'analyse de la phase d'observation initiale, la durée estimée du transfert et les possibilités de renfort médicalisé sont des arguments décisionnels supplémentaires* ».

S'agissant des modalités d'un TIIH, les recommandations de SUDF listent notamment les principes suivants :

- Un accord et une transmission d'informations médicales sont nécessaires entre le médecin demandeur, le médecin régulateur du SAMU et le médecin receveur.
- Le choix de l'équipe d'intervention et du type de vecteur est décidé par le médecin régulateur en accord avec le médecin demandeur.
- L'infirmier du TIIH est informé par le médecin régulateur de la nature du transfert et des conditions de réalisation de celui-ci.
- S'il l'estime nécessaire, une fois auprès du patient, l'infirmier qui assure le transfert peut demander une réévaluation par le médecin du service demandeur et le médecin régulateur.
- Cette nouvelle analyse peut le cas échéant aboutir à l'intervention d'un autre moyen.
- Une fiche de prescriptions concernant le traitement et la surveillance pour la durée du transfert, horodatée et signée par le médecin du service demandeur est remise à l'infirmier ainsi que le dossier patient.
- À tout moment, l'infirmier du TIIH doit pouvoir joindre le SAMU, notamment pour obtenir rapidement un renfort du SMUR le plus proche.
- Un dossier spécifique TIIH est rempli par l'infirmier pendant le transfert et remis dans le service d'accueil.
- Une transmission infirmière est effectuée dans le service receveur. S'il l'estime nécessaire, l'infirmier du TIIH peut demander en liaison avec le médecin régulateur une réévaluation par le médecin du service receveur.
- Le vecteur de transport doit être de type ASSU et comporte un équipement adapté à la surveillance et à la sécurité du patient.
- Les moyens de transmission radiotéléphoniques doivent être équivalents à ceux d'une UMH.
- Des protocoles de soins écrits sont élaborés par un groupe de travail comprenant au moins un cadre de santé, un infirmier, un médecin du SMUR. Ces protocoles concernent les éléments de surveillance, les actes de soins et les procédures d'appel à renfort au cours d'un TIIH. Ils sont validés par l'encadrement médical du SAMU et annexés au règlement intérieur du SAMU.
- Etc.

Les infirmiers mobilisés doivent avoir acquis une expérience dans le transport SMUR ou être IADE et justifier d'un maintien de compétences en SMUR. Ils doivent bénéficier d'une formation, ainsi que d'une mise en situation incluant l'utilisation d'un défibrillateur semi-automatique. Cette formation est coordonnée par le SAMU.

3 Le développement de transports paramédicalisés urgents permettrait, en veillant à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, de mieux utiliser les compétences médicales et paramédicales

3.1 Sous certaines conditions et dans le cadre de protocoles, des infirmiers pourraient prendre en charge le transport de patients ne nécessitant pas une présence médicale continue, notamment pour des interventions secondaires

3.1.1 Dans le cadre de l'intervention primaire

L'intervention paramédicale est limitée par la nécessité d'un examen clinique médical permettant d'établir un diagnostic et une conduite à tenir adaptée. Cette démarche de soins urgents se distingue d'une simple intervention de secours. En l'absence de médecin elle correspond à un mode de fonctionnement dégradé du SMUR. Sous prétexte de pénurie de médecins urgentistes et dans le but de préserver la structure hospitalière d'urgence, cette dégradation a été utilisée dans certains départements. Réalisée à main forcée et sans préparation ni concertation, elle ne peut en aucun cas constituer un mode d'organisation acceptable. Le développement de la paramédicalisation pour effectuer des interventions primaires est quasiment systématiquement une réponse, hors du cadre réglementaire, à une situation dysfonctionnelle, une alternative bien souvent à la suspension d'activité d'une ligne SMUR (voire à sa fermeture) pour déficit de ressources médicales. Elle ne doit pas être érigée en exemple mais au contraire comme le constat d'un échec et du recours à un pis-aller transitoire. La couverture de l'ensemble du territoire par des équipes médicales de SMUR dédiées à la prise en charge des urgences vitales reste un objectif prioritaire.

La mise en place de moyens de télémédecine (transmission de données et d'images) reliant l'infirmier à la régulation médicale du Samu-Centre 15 pourrait améliorer la prise en charge, mais elle reste expérimentale et son évaluation scientifique en primaire est pratiquement inexistante en France.

L'ensemble des représentants de la médecine d'urgence s'accorde sur le fait que cette paramédicalisation forcée ne peut pour l'instant se substituer au fonctionnement réglementaire actuel des SMUR.

Cependant, ce constat n'exclut pas la possibilité de confier dès maintenant à des personnels paramédicaux tout ou partie d'une intervention SMUR :

- ainsi, l'équipe SMUR, médicalisée, dans le cadre d'une intervention primaire prend en charge le patient sur place, puis elle se sépare : l'infirmier prend en charge le transport du site d'intervention vers l'établissement de santé parfois éloigné lorsque le patient requiert un plateau technique particulier. Le médecin, en parallèle, se rend disponible pour d'autres transports (et n'assure donc pas le transport du patient de son domicile vers l'hôpital). Cette situation est mixte, il ne s'agit plus vraiment d'un transport primaire et pas encore d'un transport secondaire. Le terme « primo-secondaire », est souvent utilisé pour qualifier ce type de transport (à ne pas confondre avec un transport secondaire dont le défaut de préparation le fait assimiler à une intervention primaire ou le même terme « primo secondaire » a pu être employé). Il nécessite une réflexion sur l'emploi des vecteurs avant et après l'intervention extrahospitalière (d'une part, l'intervention médicalisée pour se rendre auprès du patient, le transport infirmier pour amener ensuite le patient à l'hôpital et, en parallèle, la remise

opérationnelle du SMUR, rendu disponible vers une autre prise en charge urgente). Ces interventions pourraient mobiliser deux véhicules, dont un véhicule léger. Elles illustrent l'intérêt de dissocier lorsque c'est pertinent, l'intervention SMUR du transport qui lui fait suite ;

- de même, dans des circonstances où le problème diagnostique est résolu au téléphone par le médecin régulateur du SAMU, ou qu'il a été établi par un autre médecin à domicile, on peut envisager qu'il charge une équipe paramédicale d'administrer un traitement et mettre en place une prise en charge adaptée aux compétences paramédicales. L'exemple d'un traitement antalgique prescrit à distance par la régulation médicale illustre cette possibilité, de même que la réalisation de soins infirmiers urgents au domicile d'un patient. Le principal enjeu réside ici dans la qualification claire des situations cliniques à prendre en charge par des infirmiers seuls. Il appartient à la SFMU de déterminer les pathologies et les circonstances qui s'y prêtent et d'élaborer avec les professionnels concernés les protocoles qui peuvent être appliqués dans le cadre de la réglementation des professions paramédicales ;
- il faut aussi noter la possibilité d'utiliser, dans le cadre d'interventions primaires, des équipes paramédicales de proximité précurseurs de l'intervention SMUR. Déclenchées en même temps que le SMUR qui se trouve à plus de 30 minutes elles permettent une arrivée rapide sur place d'un infirmier préparant l'intervention du SMUR. A l'instar des Médecins Correspondants de SAMU (MCS), la création d'infirmier précurseur (type infirmier correspondant de SAMU « ICS ») permet de réduire les inégalités territoriales d'intervention SMUR dans des zones blanches à faible densité de population et/ou d'accès difficile.

La création d'infirmiers de pratique avancée (IPA) en médecine d'urgence permettra à terme une vision beaucoup plus large de l'intervention paramédicale puisque ce dispositif dote l'infirmier dans des circonstances précises d'une autonomie de diagnostic et de traitement obtenue par une formation universitaire spécifique. Le médecin régulateur du SAMU pourra alors confier la prise en charge du patient à l'IPA en médecine d'urgence dans le cadre réglementaire de son exercice.

3.1.2 Dans le cadre du transport secondaire, le développement des TIIH permet une paramédicalisation déjà réglementaire

Dans ce cas, le diagnostic et la prise en charge sont préalablement déterminés par un médecin. Par définition, le développement de TIIH urgents paraît donc plus simple et opportun : il garantit la qualité des soins et assure une économie conséquente de temps médical. Ainsi, un transport de nuit inter-hospitalier sur une longue distance (impliquant plusieurs heures de route), en urgence (d'un établissement de proximité vers un CHU) peut s'effectuer sans présence médicale, dans l'hypothèse d'un premier examen médical puis d'une stabilisation du patient au sein de l'établissement de proximité.

Il existe de nombreux exemples de mise en place de TIIH urgents régulés par le SAMU et qui constituent une véritable économie de temps médical pour les SMUR (par exemple en Moselle, dans la Manche, dans la région Parisienne, ...). Cependant il faut noter que ces transports ne sont pas suffisamment développés.

Les causes de cette sous-utilisation sont multiples. Elles sont souvent techniques : pas de dotation en matériel et/ou pas de personnels supplémentaires pour remplir cette mission dont le financement peut être variable voire inexistant (par exemple en cas de transport inter sites d'un même groupe hospitalier). Le défaut d'organisation territoriale des TIIH est aussi souvent invoqué. Cette organisation est nécessaire pour ne pas faire reposer la charge du transport sur les établissements ne disposant que d'une seule ligne de SMUR qui, de par leur taille, sont souvent les plus demandeurs

de transferts. Cette organisation peut reposer sur une logique centripète : par exemple l'établissement receveur, CHRU, CH de grande taille doté d'un plateau technique et de plusieurs équipes SMUR, vient chercher le patient du CH demandeur.

Composition de l'équipe paramédicale en cas de TIIH urgent : la régulation médicale par le Samu-Centre 15 de ces transports permet d'envisager une adaptation de l'équipe aux besoins du patient et à la disponibilité des personnels. Les expériences territoriales montrent que des IADE, mais aussi fréquemment des IDE, sont ainsi mobilisés. Pour des transports « simples » (dont la définition doit être généralisée), des IDE sont adaptés sur la base de leurs compétences propres, listées à l'article R.4311-5 du code de la santé publique. En revanche, certains patients compliqués (tels que les patients intubés) doivent au mieux être accompagnés par des IADE, comme le prévoit déjà la réglementation sur les TIIH. Enfin, les IPA pourraient à l'avenir représenter un profil adapté pour ce type d'intervention.

Les TIIH urgents doivent faire l'objet d'une doctrine d'engagement nationale claire pour le SAMU, en s'inspirant des expériences locales. Sur ce point, la SFMU et SUDF ont eu l'occasion de préciser quelques critères de recours aux TIIH (cf. annexe) :

- « *Le patient doit être stable sur le plan hémodynamique ;*
- *Il ne doit pas être intubé ni ventilé (si IDE, à voir si IADE) ;*
- *Il ne doit pas avoir besoin de ventilation non invasive (VNI) ;*
- *Il ne doit pas avoir de potentiel évolutif vers l'aggravation clinique hautement prévisible pendant le transport ;*
- *Il ne doit pas avoir besoin d'un geste technique médical hautement prévisible pendant le transport »⁹⁴.*

Les protocoles de prise en charge doivent être validés nationalement (SFMU et organisations professionnelles) et permettre le développement d'une formation garantissant le niveau adapté de qualité et de sécurité des soins.

Le développement de transport paramédicalisés proposé ici ne doit pas prêter à confusion avec la fonction des *paramedics*, développés dans les pays anglo-saxons, et qui ne correspond pas pour l'instant au besoin d'évolution de nos pratiques et de nos organisations. Institués depuis très longtemps pour des raisons historiques et réglementaires, ces auxiliaires travaillent dans des systèmes avec peu ou le plus souvent pas de médecins et pas de régulation médicale. Ils effectuent une prise en charge précisément protocolisée, basée sur la réalisation de gestes de secours dans le seul cadre où, en France, on réalise des interventions primaires. Il existe de très nombreuses variantes de ces organisations qui s'articulent avec un maillage territorial des hôpitaux et un dimensionnement des services hospitaliers d'urgence qui favorisent le transport en proximité. Même si dans certains pays les *paramedics* d'un niveau le plus élevé sont assimilés à des auxiliaires de santé ils n'intègrent pas, le plus souvent, d'infirmiers. *A contrario*, dans les pays anglo-saxons, les transports inter-hospitaliers font largement appels à des médecins et des infirmiers.

⁹⁴ SUDF et SFMU, « Urgences 2012 », Le TIIH.

3.2 Mise en œuvre de la réforme de transports médicalisés

Généralisation, dès 2020, de TIIH urgents sur tout le territoire

Le cadre juridique en vigueur pour les TIIH s'applique immédiatement, il n'y a pas de modifications réglementaires à prévoir. En revanche, des actions de promotion de ce mode de transport doivent impérativement être envisagées pour généraliser la possibilité de TIIH dans tous les établissements, qu'ils soient ou non siège de SMUR. La régulation médicale du Samu-Centre 15 organise les transferts inter-hospitaliers médicalisés et paramédicalisés urgents. L'articulation entre SMUR et TIIH est simple :

- le SMUR effectue les transports secondaires nécessitant strictement une prise en charge médicale continue, justifiée par l'urgence et la gravité de la situation ;
- le TIIH prend en charge les transports paramédicalisés inter-hospitaliers urgents dont les indications sont élargies et la réalisation sécurisée par une doctrine et des recommandations nationales. Les TIIH urgents bénéficient de moyens techniques et de ressources humaines identifiées et d'un financement adapté. Ces moyens sont chaque fois que c'est possible mutualisés avec le SMUR. L'organisation de TIIH urgents repose sur une échelle territoriale (probablement celle du GHT – groupement hospitalier de territoire) et une dimension régionale permettant l'accès de tous les établissements à ce nouveau service de transport.

Recommandation n°3 Généraliser les TIIH afin de développer les transports paramédicalisés entre établissements de santé et encadrer cette possibilité par des protocoles visant à déterminer clairement ses modalités d'activation et de réalisation tout en garantissant la sécurité de la prise en charge.

Recommandation n°4 Doter les TIIH des outils nécessaires à l'élargissement de leur emploi notamment la télémédecine embarquée afin de faciliter les relations à distance avec le médecin régulateur du Samu-Centre 15 et le SMUR.

Mise en place dès 2020 d'une possibilité de dédoublement de l'équipe SMUR au cours des interventions primaires, souvent alors appelées « primo-secondaires »

Elle consiste à découpler l'équipe d'intervention (médecin-infirmier) du SMUR après prise en charge sur le terrain par le médecin. Celui-ci, en fonction des éléments cliniques et paracliniques à sa disposition et de la destination du patient déterminée par la régulation médicale du Samu-Centre 15, décide que le patient est éligible à un transport paramédicalisé qu'il confie à l'infirmier du SMUR. Le médecin reconstitue alors dès que possible (retour à la base, relais de véhicule ...) une équipe SMUR complète et regagne la structure d'urgence dont il dépend. Suivant les ressources locales, l'existence de moyens TIIH, les relations avec le SDIS et les transporteurs, des variantes organisationnelles sont possibles pour décliner cette tactique. Ce dispositif est complémentaire et cohérent avec la généralisation des TIIH.

Recommandation n°5 Développer un protocole de découplage de l'équipe d'intervention primaire du SMUR permettant, après la prise en charge sur place par le médecin en lien avec la régulation médicale du Samu-Centre 15, d'effectuer un transport paramédicalisé pour hospitaliser le patient.

Enfin, concernant l'utilisation des compétences paramédicales au cours des interventions primaires, il importe de préciser rapidement les circonstances où cette pratique peut être utilisée et sécurisée.

C'est aux professionnels dans le cadre de la SFMU de conduire cette démarche et d'anticiper le rôle potentiel des IPA.

Recommandation n°6 Encadrer au niveau national les réflexions et expérimentations portant sur l'utilisation des compétences paramédicales dans le cadre des interventions primaires.

3.3 La ressource médicale ainsi rendue disponible pourrait utilement être redéployée au profit des patients en ayant le plus besoin, au sein des structures d'urgences des SAMU et des SMUR

Le développement de transports paramédicalisés, notamment des TIIH, a deux avantages :

- mobiliser les compétences soignantes pour des transports adaptés à de telles compétences ;
- économiser et mieux utiliser le temps médical des urgentistes.

Dans son rapport remis en 2015, Jean-Yves Grall plaidait d'ailleurs en faveur du développement des TIIH, estimant que « *l'utilisation plus fréquente des transports infirmiers est de nature à diminuer le besoin en médecins urgentistes* »⁹⁵.

Au sein des SMUR, la ressource médicale pourrait ainsi être transférée du transport secondaire vers le transport primaire ou vers la régulation médicale ou même l'accueil des urgences.

La finalité réside aussi dans le respect de la garantie d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes par un maillage territorial avec une prise en charge adaptée. La continuité du maillage territorial pour les interventions primaires des SMUR est grevée par la nécessité de transports secondaires qui parfois se font sur longue distance, mobilisant pendant de longues heures l'équipe médicale.

De plus, malgré la recommandation de 2018 de privilégier le maintien du SMUR par rapport au SU⁹⁶, la DGOS constate majoritairement des suspensions de lignes de SMUR, y compris uniques, en cas de tensions sur les effectifs urgentistes ne permettant pas d'assurer la présence continue de médecin urgentiste dans les structures d'urgence. Cette dégradation de l'offre de soins d'urgence pré-hospitalière est particulièrement sensible sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins. Elle inquiète la population et les professionnels des territoires où elle se produit. Elle doit donc activement être combattue. Les propositions formulées dans ce rapport ont cet objectif. Elles permettent à la régulation médicale du Samu-Centre 15 de disposer d'une nouvelle offre de transport qui amplifie leur potentiel. Il importe cependant de dépasser la logique consistant à développer ce type de transport dans le seul objectif de répondre aux dysfonctionnements. Il s'agit, plus globalement et de manière stratégique, de mieux penser l'utilisation de la ressource médicale et paramédicale et de la positionner là où elle est nécessaire.

⁹⁵ Jean-Yves Grall, rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, juillet 2015.

⁹⁶ 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.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Améliorer la connaissance de l'organisation et de l'activité des TIIH urgent au niveau national en effectuant des remontées d'informations
2	Catégoriser les TIIH relevant du transport urgent régulés par le Samu-Centre 15 et utilisant des moyens SMUR, de l'activité des TIIH ne relevant pas de l'aide médicale urgente
3	Généraliser les TIIH afin de développer les transports paramédicalisés entre établissements de santé et encadrer cette possibilité par des protocoles visant à déterminer clairement ses modalités d'activation et de réalisation tout en garantissant la sécurité de la prise en charge
4	Doter les TIIH des outils nécessaires à l'élargissement de leur emploi notamment la télémédecine embarquée afin de faciliter les relations à distance avec le médecin régulateur du Samu-Centre 15 et le SMUR
5	Développer un protocole de découplage de l'équipe d'intervention primaire du SMUR permettant, après la prise en charge sur place par le médecin en lien avec la régulation médicale du Samu-Centre 15, d'effectuer un transport paramédicalisé pour hospitaliser le patient
6	Encadrer au niveau national les réflexions et expérimentations portant sur l'utilisation des compétences paramédicales dans le cadre des interventions primaires

ANNEXE 1 : Situations cliniques justifiant un TIIH⁹⁷

Cardiologie
<p><i>SCA ST+</i> De plus de 24 heures En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>SCA non ST plus</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Transfert pour pontage coronarien : Programmé</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Œdème Aigu du Poumon</i> Stabilisé par traitement médical ou VNI Avec SpO₂ > / 94 % En l'absence d'indication de VNI durant transport En l'absence de douleur thoracique évocatrice d'un SCA En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Trouble du rythme ou conduction potentiel</i> (TV – FV – Torsade de Pointe – BAV BSA) Si troubles du rythme ou conduction stabilisés et non récidivant depuis au moins plus de 24 heures Si pas d'EES posé</p>
<p><i>Péricardite infectieuse</i> Sans tamponnade ou sans épanchement Sans retentissement hémodynamique Sans trouble du rythme non maîtrisé</p>
Toxicologie
<p><i>Intoxications médicamenteuses ou non aiguës</i> En l'absence d'état de choc patent ou latent En l'absence de détresse respiratoire patente ou latente Si gazométrie artérielle non perturbée Si médicament sans potentiel létal Si médicament sans potentiel cardiotrope ou neurotrope (troubles du rythme ; conduction ; inotropisme négatif ; convulsivant) S'il existe une réactivité à la douleur type évitement inadapté (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)</p>
Troubles métaboliques
<p><i>Dyskaliémie</i> Si pas de trouble de la conduction ni du rythme cardiaque non corrigé En l'absence de signes ECG menaçant</p>

⁹⁷ SUDF et SFMU, « Urgences 2012 », Le TIIH.

<p><i>Acido-cétose diabétique – coma hyperosmolaire</i> En l'absence d'un état de choc hypovolémique En l'absence de troubles de la conscience sévère (GCS \leq 6 Y1 V1 M4) En l'absence de dyskalième non corrigée ou menaçante à l'ECG</p> <p><i>Dysnatrémie</i> En l'absence de convulsions non maîtrisée En l'absence d'un état de choc hypovolémique En l'absence de troubles de la conscience sévère (GCS \leq 6 Y1 V1 M4)</p>
Respiratoire
<p><i>Insuffisant respiratoire chronique</i> (BPCO Emphysème Asthme) Ne nécessitant pas de VNI pour le transport Ne nécessitant pas une intubation pendant le transport Sans trouble de la conscience Stabilisé avant le transfert sans VNI</p>
<p><i>Surveillance Drain thoracique</i> Si épanchement tari Si épanchement sans retentissement hémodynamique et respiratoire non maîtrisé Si mise en place d'un système de drainage type « pleurevac » Si contrôle radiologique effectué avant transport</p>
<p><i>Épanchement pleural</i> Si épanchement sans retentissement hémodynamique et respiratoire non maîtrisé Si absence d'indication prévisible de drainage de l'épanchement durant le transport</p>
<p><i>Embolie pulmonaire</i> Sans CPA clinique Sans CPA échographique Sans choc cardiogénique Thrombolysé si disparition du CPA clinique ou échographique</p>
<p><i>Trachéotomisé</i> Si nécessité d'aspiration itérative durant le transport Si patient en ventilation spontanée (non raccordé à un ventilateur) Si absence d'insuffisance respiratoire aiguë</p>
Brûlures
<p><i>Brûlure grave de l'adulte et enfant > 6 ans</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire En l'absence de brûlures des VAS En l'absence de circulaire non débridé du cou En l'absence de blast (hémotypan)</p>
Traumatisme
<p><i>Traumatisme crânien</i> Si GCS \geq 8 En l'absence de focalisation neurologique clinique En l'absence de signes clinique ou radiologique d'HIC En l'absence d'épisode convulsivant</p>

HSDA-HED-HSDC

GCS > 8

Si lame d'épanchement sans compression des structure cérébrales donc sans signes cliques ni radiologique d'HIC

En l'absence de focalisation neurologique clinique

Traumatisme abdominal

En l'absence de saignement actif

En l'absence de choc hypovolémique compensé ou non compensé

En l'absence d'hémopéritoine important

En l'absence de transfusion de concentré globulaire

Traumatisme thoracique

En l'absence de détresse respiratoire

En l'absence d'épanchement pleural non maîtrisé

En l'absence d'indication de drainage pleural hautement prévisible durant le transport

Neurologie

Accident Vasculaire Cérébral

En l'absence d'état de choc

En l'absence de détresse respiratoire aiguë

Sans signes cliniques ni radiologique d'HIC

Non thrombolysé dans les 24 heures

Paraplégie Tétraplégie

En l'absence d'état de choc spinal

En l'absence de détresse respiratoire : aiguë ou compensée

En l'absence d'altération de la gazométrie artérielle

Trouble de la conscience

En l'absence d'état de choc

En l'absence de détresse respiratoire aiguë

Avec un diagnostic étiologique présumé

Sans signes d'HIC clinique et radiologique

Méningite, méningo encéphalites

En l'absence d'état de choc

En l'absence de détresse respiratoire aiguë

En l'absence de signes cliniques ou radiologiques d'HIC

État de mal convulsif

Si disparition des convulsions depuis plus d'une heure

Si pas de signes d'HIC cliniques et radiologiques

Si thérapeutique anticonvulsivante administrée avant transport

Hypothermie

En l'absence d'état de choc

En l'absence de détresse respiratoire

En l'absence de trouble du rythme (TV ESV menaçante)

Température > 28°

S'il existe une réactivité à la douleur type évitement inadapté

(GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)

LA FORMATION DES MEDECINS URGENTISTES

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
1.1 JUSQU'EN 2017, LES COMPETENCES EN MATIERE DE MEDECINE D'URGENCE ETAIENT RECONNUES PAR LA VALIDATION D'UN DESC DEDIE	177
1.2 PLUS DE 300 ETUDIANTS, DONT LA QUASI-TOTALITE TITULAIRE DU DES DE MEDECINE GENERALE, ETAIENT DIPLOMES CHAQUE ANNEE DU DESC DE MEDECINE D'URGENCE	178
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
2.1 LA REFORME DU TROISIEME CYCLE A CONDUIT A SUPPRIMER LE DESC DE MEDECINE D'URGENCE, TRANSFORME EN DES DE MEDECINE D'URGENCE A COMPTER DE 2017	178
2.2 BIEN QU'ELLE PERMETTE UN PILOTAGE PLUS PRECIS, CETTE REFORME INTERVIENT DANS UN CONTEXTE MARQUE PAR UNE PERTE D'ATTRACTIVITE DE LA PROFESSION D'URGENTISTE, ASSOCIE A DES PROJECTIONS LACUNAIRES SUR LES BESOINS DE FORMATION	180
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
3.1 RECENTRER L'ACTIVITE DES MEDECINS URGENTISTES SUR LEUR CŒUR DE METIER	184
3.2 CONCERNANT LES ETUDIANTS EN MEDECINE : ADAPTER L'ENSEIGNEMENT POUR PERMETTRE D'AVANTAGE DE CROISEMENTS D'EXPERIENCES ENTRE LES SPECIALITES DE MEDECINE GENERALE ET DE MEDECINE D'URGENCE	184
3.3 CONCERNANT LES « DOCTEURS JUNIORS » : MOBILISER LE FUTUR LEVIER DE LA « SENIORISATION » POUR OFFRIR UNE REELLE EXPERIENCE DE TERRAIN GRACE A L'AUTONOMIE SUPERVISEE	186
3.4 CONCERNANT LES MEDECINS EN EXERCICE : ASSOULIR LES PASSAGES ENTRE LA MEDECINE D'URGENCE ET LES AUTRES SPECIALITES MEDICALES, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS DECLOISONNES.....	186
3.4.1 <i>Développer des leviers facilement mobilisables pour permettre aux médecins urgentistes de changer de spécialité et d'avoir des parcours dynamiques.....</i>	<i>187</i>
3.4.2 <i>Reconnaitre le statut de médecin urgentiste par des leviers plus souples que le DES de médecine d'urgence, dans certaines situations spécifiques</i>	<i>188</i>
RECOMMANDATIONS.....	190
ANNEXE 1 : PRESENTATION DES MAQUETTES (DES DE MEDECINE GENERALE / DES DE MEDECINE D'URGENCES) ET DE LEURS EVOLUTIONS RECENTES.....	191

1 Avant 2017, le DESC de médecine d'urgence permettait aux médecins titulaires d'un DES de se spécialiser dans la prise en charge des soins urgents

1.1 Jusqu'en 2017, les compétences en matière de médecine d'urgence étaient reconnues par la validation d'un DESC dédié

Le diplôme d'étude spécialisée complémentaire (DESC) de médecine d'urgence a été créé en 2004, constituant une première reconnaissance universitaire de cette spécialité, au même titre que la gériatrie ou la cancérologie.

Jusqu'à la rentrée universitaire 2017-2018, cette spécialité est nécessairement choisie par un médecin titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (DES), en très grande majorité celui de médecine générale. Les DESC sont préparés pendant l'internat et le post-internat.

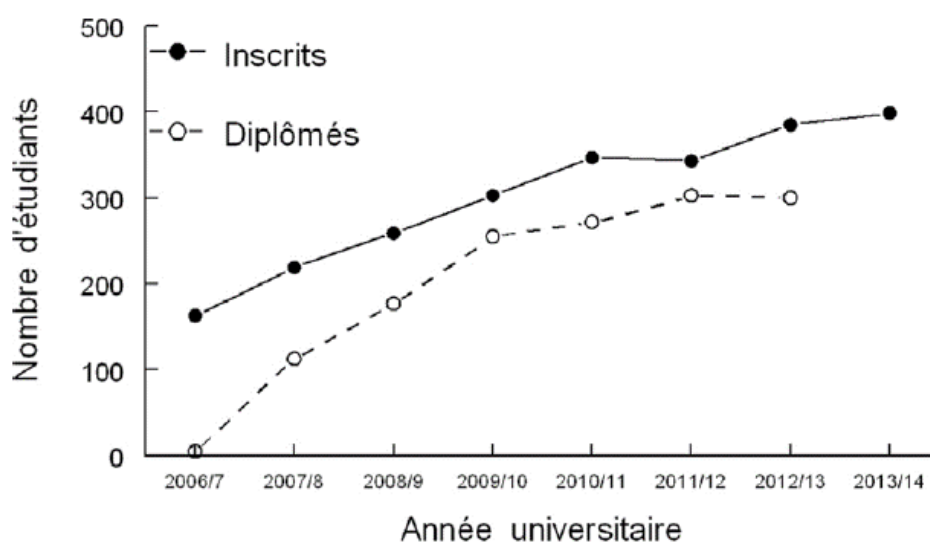
Il n'est cependant pas obligatoire d'être titulaire du DESC de médecine d'urgences pour travailler au sein d'un service d'urgences. En effet, le code de la santé publique définit les conditions de fonctionnement des activités de soins de médecine d'urgence qui sont soumises à autorisation des agences régionales de santé (ARS), aux articles R.6123-1 et suivants. Les diplômes exigés pour exercer en structures d'urgence sont déterminés par l'article D.6124-1 :

- les médecins d'une structure de médecine d'urgence sont titulaires du DESC en médecine d'urgence ;
- les praticiens hospitaliers de médecine polyvalente d'urgence peuvent également travailler aux urgences ;
- les médecins titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation universitaire en médecine d'urgence (ex. capacité de médecine d'urgence – CAMU/CMU) ou les médecins justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins trois ans dans un service ou une structure de médecine d'urgence, peuvent également exercer leur fonction dans une structure de médecine d'urgence ;
- d'autres médecins peuvent également exercer leurs fonctions au sein de cette structure, dès lors qu'ils s'engagent corrélativement dans une formation universitaire en médecine d'urgence. Cette condition n'est pas exigée des personnels enseignants et hospitaliers qui participent à l'enseignement en médecine d'urgence ;
- en outre, tout médecin peut participer à la continuité des soins de la structure de médecine d'urgence et aux soins relevant de sa compétence après inscription au tableau de service validé par le chef de service ou responsable de la structure.

1.2 Plus de 300 étudiants, dont la quasi-totalité titulaire du DES de médecine générale, étaient diplômés chaque année du DESC de médecine d'urgence

Le nombre d'inscrits en DESC de médecine d'urgence a surtout augmenté à partir des années 2006-2007, avec les premières cohortes d'étudiants du DES de médecine générale arrivant en dernière année de leur formation et pouvant alors s'inscrire au DESC de médecine d'urgence⁹⁸. En 2011-2012, 303 étudiants sont ainsi diplômés du DESC de médecine d'urgence. En 2013-2014, sont comptabilisés 399 étudiants inscrits en première année de DESC. Par comparaison, il y avait en 2013 3 799 places de médecins généralistes. En lissant sur plusieurs années (de 2006-2007 à 2010-2011 pour les inscriptions en première année et de 2008-2009 à 2012-2013 pour les diplômés), environ 87 % des étudiants inscrits en première année sont diplômés. Il existe une hétérogénéité régionale importante dans la formation. Il apparaît par ailleurs que 99 % des étudiants inscrits en DESC de médecine d'urgence en 2013 proviennent du DES de médecine générale. Ce pourcentage est de 100 % dans de nombreuses régions.

Graphique 1 : Evolution du nombre d'étudiants inscrits et diplômés du DESC de médecine d'urgence entre 2006 et 2013



Source : Pr B.Riou, et al., « Combien formons-nous de médecins urgentistes en France ? », éditorial, *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2013.

2 Depuis 2017, le DES de médecine d'urgence vise à reconnaître pleinement cette spécialité, dans un contexte marqué par la pénurie de médecins urgentistes et la perte d'attractivité de cette profession

2.1 La réforme du troisième cycle a conduit à supprimer le DESC de médecine d'urgence, transformé en DES de médecine d'urgence à compter de 2017

La réforme du troisième cycle place le DES en position centrale dans le cadre de la qualification et de l'exercice d'une spécialité, conduisant à la suppression des DESC, qui peuvent être transformés en

⁹⁸ Les données proviennent de l'article suivant : Pr B.Riou, et al., « Combien formons-nous de médecins urgentistes en France ? », éditorial, *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2013.

formations spécialisées transversales (FST) ou en DES. C'est le cas, notamment, du DESC de médecine d'urgence et de celui de gériatrie.

Au total, le nombre de DES augmente, passant de 30 à 44, avec notamment la reconnaissance de sept nouvelles spécialités, dont la médecine d'urgence, qui « s'autonomise » de la médecine générale pour devenir une spécialité de plein exercice.

L'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées fixe la liste de ces diplômes et des options et FST.

Les DES comprennent tous trois phases :

- lors de la phase 1 dite phase socle, l'étudiant acquiert des connaissances de base spécifiques à la spécialité suivie et construit un premier niveau socle des compétences nécessaires à l'exercice de la profession ;
- au cours de la phase 2 dite phase d'approfondissement, l'étudiant approfondit les connaissances et les compétences acquises lors de la phase socle nécessaires à l'exercice de la spécialité ;
- au cours de la phase 3 dite phase de consolidation, l'étudiant consolide l'ensemble des connaissances et compétences professionnelles acquises lors des deux premières phases et nécessaires à l'exercice de la spécialité. Il prépare également son insertion professionnelle.

Le DES de médecine d'urgence permet de doubler le temps de formation des médecins urgentistes et de le rendre comparable à celui de nombreuses autres spécialités. Cette réforme constitue donc un progrès très important en termes de qualité et de spécificité de la formation, très appréciable pour la prise en charge des patients les plus graves et les plus complexes. Cette création a été activement souhaitée par les enseignants et les représentants de la médecine d'urgence. Elle s'accompagne d'un exercice exclusif dans les services autorisés : structures d'urgence, SAMU et SMUR.

La réforme est entrée en vigueur à partir de l'année universitaire 2017-2018. Les premiers titulaires du DES de médecine d'urgences seront donc diplômés en 2021 (le DES dure quatre ans⁹⁹).

La réforme du 3^{ème} cycle introduit ainsi une plus grande progressivité dans la formation et la révision des connaissances et compétences au sein d'une maquette de formation dédiée à la médecine d'urgence, d'une durée de huit semestres. Dans l'ancien système, les étudiants terminaient leur DES par un post-internat sous le régime de l'assistantat et ils étaient urgentistes au terme de quatre années d'études comme à l'heure actuelle. Au final, seule la quatrième année change puisqu'avec le nouveau régime, les étudiants de troisième cycle sont des docteurs juniors sous le régime de l'autonomie supervisée lors de leur dernière année de DES (à partir de 2020 pour la première promotion concernée).

Comme l'explique le Pr Bruno Riou dans un éditorial publié en 2017¹⁰⁰, le nouveau DES permet donc « *d'adapter la formation des urgentistes aux exigences de la médecine d'urgence moderne, en particulier dans l'étendue de son exercice (adulte et pédiatrique, médical et chirurgical, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital [Samu, Smur])* ». Il précise d'ailleurs que la France est en retard, « *puisque'elle n'est que le 20ème pays de l'Union Européenne à reconnaître la médecine d'urgence comme une spécialité alors même que celle-ci est reconnue de longue date dans de nombreux pays comme les États-*

⁹⁹ A noter : la durée du DES de médecine générale a été maintenue à trois ans.

¹⁰⁰ Pr B.Riou, « 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence », éditorial, Annales françaises de médecine d'urgence, 2017.

Unis, le Canada, ou l’Australie ». Ainsi, « avec la disparition de tous les DESC, un seul diplôme, le DES, est nécessaire et suffisant pour obtenir la qualification ordinale et l’exercice de la spécialité ».

Comme dans le régime en vigueur antérieurement (*cf. supra*), la possibilité de travailler au sein d’un service d’urgences ne sera pas limitée aux futurs médecins titulaires du DES de médecine d’urgence. Sur ce point, l’article D.6124-1 du code de la santé publique nécessite cependant une actualisation pour prendre en compte la création du DES de médecine d’urgence. Les postes à responsabilité au sein des services d’urgences seront toutefois inaccessibles hors du DES. A l’inverse, pour les médecins titulaires du DES de médecine d’urgence, les passerelles seront à l’avenir beaucoup moins souples qu’auparavant, pour les titulaires du DESC de médecine d’urgence, qui étaient également médecins généralistes la plupart du temps.

2.2 Bien qu’elle permette un pilotage plus précis, cette réforme intervient dans un contexte marqué par une perte d’attractivité de la profession d’urgentiste, associé à des projections lacunaires sur les besoins de formation

En 2019, dans son rapport public annuel¹⁰¹, la Cour des comptes mentionne qu’au 31 décembre 2016, « environ 9 500 médecins travaillaient au sein de services d’urgence. Depuis 2013, leur nombre a augmenté de 13 %, soit un rythme légèrement inférieur à celui de la progression de l’activité (+ 15 % sur la même période). Toutefois, le mode d’exercice s’est profondément transformé entre 2013 et 2016 : la proportion de médecins travaillant à temps partiel est de 77 % en 2016, contre 46 % en 2013 ».

1 709 postes de praticiens hospitaliers (PH) à temps plein vacants en médecine d’urgence sont recensés au 1^{er} janvier 2019, ainsi que 435 postes de PH à temps partiel. Ces données nationales sont cependant surestimées car elles ne prennent pas en compte les postes de PH qui sont occupés par des praticiens contractuels recrutés par les hôpitaux. Une progression du taux de postes de PH vacants entre 2018 et 2019 est constatée. Ce sous-effectif médical est générateur de tensions dans de nombreux établissements. Il semble aussi avoir été influencé par le manque d’attractivité plus que par le manque de médecins formés, créant un taux de fuite important des spécialistes de médecine d’urgence titulaire d’un DESC dont l’exercice n’est pas exclusif vers d’autres exercice y compris la médecine générale.

Tableau 1 : Etat des postes de praticiens hospitaliers pourvus et vacants au 1^{er} janvier 2019

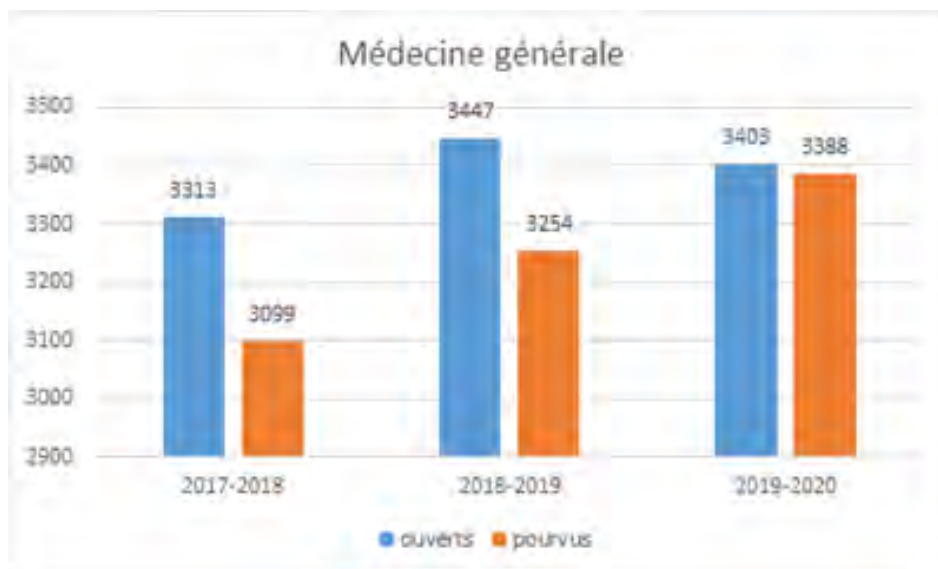
	PH temps plein				PH temps partiel			
	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire (en %) ^(*)	Variation du taux entre 2018 et 2019 (en point)	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire ^(*)	Variation du taux entre 2018 et 2019 (en point)
Médecine d’urgence	5 864	4 155	29,1	2,4	882	447	49,3	2,0

Source : CNG – DGOS

¹⁰¹ Cour des comptes, rapport public annuel, tome II, chapitre 6 « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », 2019.

S'agissant des nouveaux DES de médecine générale, le nombre de postes pourvus a augmenté de 4,1 % entre les rentrées universitaires 2018 et 2019, soit 134 étudiants de plus. Le différentiel entre les postes ouverts et pourvus est en nette diminution : 0,4 % en 2019, contre 5,6 % en 2018 et 6 % en 2017.

Graphique 2 : Evolution du nombre annuel de postes ouverts et de postes pourvus pour le DES de médecine générale entre la rentrée 2017-2018 et la rentrée 2019-2020

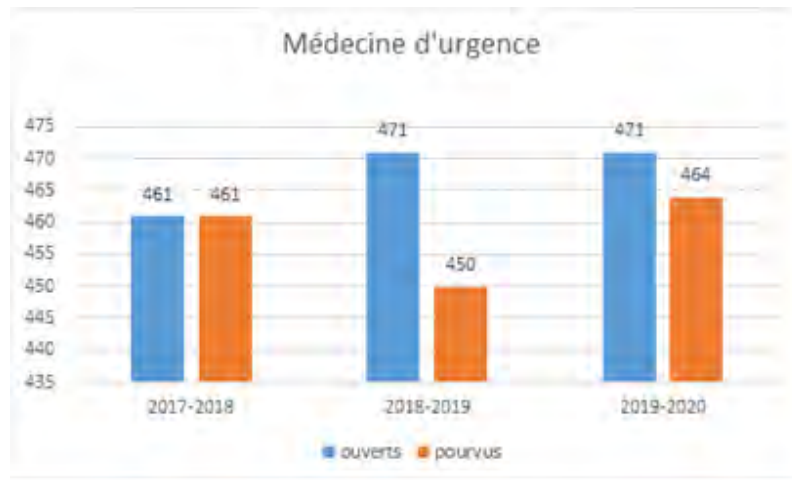


Source : DGOS

Comparativement à la période antérieure à l'entrée en vigueur de la réforme, le nombre de postes ouverts a baissé. En effet, avec les nouveaux DES, les étudiants sont amenés à se spécialiser plus tôt, dès leur entrée dans la phase socle, ce qui se traduit par une diminution du nombre d'étudiants en médecine générale puisqu'auparavant, les étudiants souhaitant faire un DESC pour se spécialiser devaient au préalable être inscrits en DES. Le DES de médecine générale représentait ainsi environ 45 % de la totalité des postes pourvus avant la réforme (voire 48,2 % en 2013), contre 38,8 % en 2017.

S'agissant des nouveaux DES de médecine d'urgence, le nombre annuel de postes ouverts est stable : 461 pour la rentrée 2017, 471 pour la rentrée 2019. Le différentiel entre les postes ouverts et pourvus observé en 2018 a tendance à nettement s'atténuer : il s'élève à 1,5 % en 2019, contre 4 % en 2018. Ce différentiel s'est cependant dégradé depuis la rentrée 2017, pour laquelle tous les postes proposés avaient été pourvus. Après une baisse des postes pourvus constatée entre 2017 et 2018, 14 postes supplémentaires ont été pourvus en 2019 par rapport à 2018, soit une augmentation de 3,1 %. Le DES de médecine d'urgence représentait au total 5,7 % des postes pourvus en 2017.

Graphique 3 : Evolution du nombre annuel de postes ouverts et de postes pourvus pour le DES de médecine d'urgence entre la rentrée 2017-2018 et la rentrée 2019-2020



Source : DGOS

Les constats suivants peuvent également être observés au regard des premières années de déploiement de la réforme :

- la médecine d'urgence est la troisième spécialité la plus proposée après la médecine générale et la psychiatrie, et juste avant l'anesthésie-réanimation ;
- la réforme du troisième cycle se caractérise par une hausse du nombre de diplômés du DES de médecine d'urgence comparativement aux diplômés du DESC de médecine d'urgence (cf. graphique n°1). Cette évaluation est cependant difficile : jusqu'en 2022, le DESC de médecine d'urgence coexiste avec le DES et continue à délivrer des diplômes aux étudiants redoublants ou qui étaient en deuxième ou troisième année du DES de médecine générale en 2017 ;
- en 2017, le premier titulaire du DES de médecine d'urgence est classé 331 aux épreuves classantes nationales (ECN), le dernier 8 285, avec un rang médian de 5 241¹⁰² (à titre de comparaisons, le rang médian des étudiants en ophtalmologie est de 591 et le rang médian des étudiants en anesthésie-réanimation est de 2 141)¹⁰³ ;
- la DREES a d'ailleurs calculé un indice d'attractivité pour chaque spécialité¹⁰⁴ : le DES de médecine d'urgence est classé à la 38^{ème} place, avec un indice de 0,674 (contre 0,086 pour l'ophtalmologie, 0,146 pour la radiologie et 0,251 pour l'anesthésie-réanimation), devant la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie¹⁰⁵ ;

¹⁰² Rang autour duquel se répartissent 50 % d'étudiants mieux classés et 50 % d'étudiants moins bien classés.

¹⁰³ Pr P.Hausfater, « DES de médecine d'urgence aux ECN 2017 : tous les postes pourvus ! Oui mais... », éditorial, Annales françaises de médecine d'urgence, 2017.

¹⁰⁴ Cet indice est construit sur la base de trois valeurs : la somme des classements des étudiants ayant choisi la spécialité ; la somme des classements que la spécialité obtiendrait si elle était préférée unanimement par les étudiants ; la somme des classements que la spécialité obtiendrait si elle était unanimement rejetée par les étudiants. Plus l'indice est proche de zéro, plus la spécialité peut être considérée comme attractive.

¹⁰⁵ Pr P.Hausfater, « DES de médecine d'urgence aux ECN 2017 : tous les postes pourvus ! Oui mais... », éditorial, Annales françaises de médecine d'urgence, 2017.

- enfin, parmi les 460 nouveaux DES de médecine d'urgence de l'année 2017, la médecine d'urgence était le premier vœu de 394 étudiants, soit 86 % d'entre eux¹⁰⁶.

Un arrêté du 2 septembre 2019 projette pour la période 2020-2023 le nombre d'internes en médecine à former, par spécialité et par centre hospitalier universitaire (CHU). Les projections du nombre d'internes à former en médecine d'urgence et en médecine générale sont retracées dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Projection du nombre total d'internes à former en médecine d'urgence et en médecine générale sur la période 2020-2023

	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Médecine d'urgence	471	478	507	514
Médecine générale	3 413	3 461	3 644	3 688

Source : Arrêté du 2 septembre 2019 rappelant pour l'année 2019 et projetant pour la période 2020-2023 le nombre d'internes en médecine à former, par spécialité et par centre hospitalier universitaire

Toutefois, à l'heure actuelle, l'absence de projection démographique fine de médecins urgentistes sur les dix prochaines années ne permet pas d'adapter précisément le nombre de médecins urgentistes formés aux besoins. En effet, le besoin exact et réel de médecins urgentistes n'a jamais été établi et cette spécialité ne sait pas si la capacité de formation est suffisante pour répondre aux besoins futurs, notamment au regard du renouvellement des médecins dans les prochaines années. Aucune étude démographique précise ou projection fine n'a été faite quant au nombre de médecins nécessaires pour faire fonctionner l'ensemble des services d'urgence. Il s'agirait de faire un point précis sur les médecins exerçant actuellement dans les structures d'urgence (SAU, SAMU et SMUR), avec quelques variables tels que l'âge (afin de pouvoir estimer leur date de départ à la retraite) et leur probabilité de se réorienter vers d'autres modes d'exercice, le nombre de postes vacants, etc.

Il est à noter que certaines régions mobilisent des leviers afin d'aboutir à des projections plus fines. Ainsi, en Pays-de-la-Loire, une mission d'appui à la transformation et à l'animation territoriale de la formation vient d'être mise en place en novembre 2019 afin d'accompagner la transformation des formations en santé, avec notamment comme objectif de modéliser les besoins de formation et croiser ces besoins avec les capacités offertes par les établissements et les territoires. Il s'agit d'avoir une vision éclairée et partagée pour se projeter avec une répartition qui serve au mieux les besoins, pour permettre à terme d'avoir des processus de gestion plus efficaces.

Recommandation n°1 Etablir des projections démographiques fines sur les dix prochaines années concernant les médecins urgentistes afin d'adapter le plus possible le nombre d'étudiants formés aux besoins.

Au final, et même si les projections devraient être plus fines pour être plus efficaces, la réforme du troisième cycle a tout de même le mérite de permettre un pilotage plus clair, avec une meilleure régulation du flux de médecins urgentistes. En revanche, cette réforme pourrait accentuer le cloisonnement des parcours professionnels, qu'il convient dès lors de traiter en facilitant les reconversions et les passerelles entre spécialités.

En effet, la principale limite de la création du DES réside dans la crainte exprimée d'avoir des « *urgentistes bloqués dans leur spécialité* », contrairement aux titulaires du DESC de médecine d'urgence. Ce cloisonnement accru et cette spécialisation renforcée pourraient à terme peser sur

¹⁰⁶ *Idem.*

l'attractivité du métier d'urgentiste et alimenter la pénurie, en raison des difficultés à l'exercer sur toute la durée de la carrière (pénibilité de la permanence des soins à l'hôpital, conditions de travail difficiles, volonté de diversifier les modes d'exercice, etc.).

Dans un rapport de 2017, l'IGAS et l'IGAENR¹⁰⁷ ont explicitement noté qu'une évolution du principe d'exercice exclusif d'une spécialité pourrait s'avérer nécessaire à terme : « *l'augmentation sensible du nombre de spécialités ajoutée à une filiarisation des formations de troisième cycle amène également à interroger ce principe d'exercice exclusif. Avec la réforme, un urgentiste qui souhaiterait après quelques années s'installer comme médecin généraliste, ne le pourra plus sans avoir obtenu au préalable un deuxième DES, en médecine générale. La prise en compte de la proximité de certaines spécialités voisines comme la médecine générale, médecine d'urgence, gériatrie ou d'autres pourra imposer une évolution de ce principe d'exercice exclusif* ».

3 A l'avenir, il faut renforcer l'attractivité de la médecine d'urgence et limiter certains effets pervers du DES pour les étudiants et pour les médecins en exercice

3.1 Recentrer l'activité des médecins urgentistes sur leur cœur de métier

La création du DES de médecine d'urgence signifiant filiarisation de la médecine d'urgence, l'enjeu principal à l'avenir consiste à renforcer l'attractivité de cette spécialité dans un contexte marqué par une pénurie de médecins urgentistes et leur fuite des services d'urgences. La dérive de l'activité des structures d'urgence qui conduit à une saturation de ces services hospitaliers par des patients ne relevant pas de l'urgence vitale ni d'une nécessité d'hospitalisation mais plutôt des soins non programmés, nuit à l'attractivité de cette spécialité. Associé à des images largement médiatisées de conflits, de grèves, et de manque de personnel paramédical cette spécialité peut paraître actuellement moins séduisante pour de jeunes médecins qui s'y engagerait définitivement. Recentrer l'activité des médecins urgentistes sur leur cœur de métier c'est à dire sur la prise en charge des urgences nécessitant des soins spécialisés et une hospitalisation est un des axes principaux du pacte de refondation des urgences et la base de la création du DES de médecine d'urgence.

3.2 Concernant les étudiants en médecine : adapter l'enseignement pour permettre davantage de croisements d'expériences entre les spécialités de médecine générale et de médecine d'urgence

Chaque DES fait l'objet d'une maquette de formation, annexée à l'arrêté du 21 avril 2017 précité, qui comprend, notamment, la durée de la formation, le programme des enseignements, la durée et la nature des stages à accomplir, ainsi que les compétences et les connaissances à acquérir (cf. annexe n°1). Ces maquettes font l'objet d'une évaluation périodique.

Les modalités de révision des maquettes (en cas de besoin et au moins tous les quatre ans) sont prévues dans l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Une comitologie spécifique est prévue, avec un temps de déploiement qui peut être assez long. Modifier une maquette nécessite une concertation avec les acteurs concernés, pour réfléchir à sa valeur ajoutée, son positionnement et sa durée. A l'issue de la concertation, un passage en

¹⁰⁷ IGAS et IGAENR, « Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales », décembre 2017.

commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie (CNEMMOP) pour validation est nécessaire, débouchant *in fine* sur une modification réglementaire (par un arrêté).

Plusieurs actions peuvent être discutées.

Concernant la maquette du DES de médecine générale

Aujourd'hui, si la maquette du DES de médecine générale prévoit une expérience aux urgences en phase socle, elle ne prévoit pas de passage à la régulation médicale. Il apparaît cependant que celle-ci constitue un aspect important de l'exercice, impliquant de mobiliser des compétences spécifiques.

Dans un contexte marqué par le développement de la télémédecine et la mise en place prochaine du service d'accès aux soins (SAS), il importe que les étudiants en médecine générale puissent découvrir cet exercice pour être initiés à la régulation téléphonique. Il ne s'agirait pas de cibler le SAMU exclusivement, mais aussi la régulation libérale, pour les soins non programmés, notamment dans la perspective d'une régulation ouverte en permanence, 24h/24h. Le signal ainsi lancé serait fort et permettrait aux internes de médecine générale d'être sensibilisés à l'importance d'une régulation médicale de qualité, condition d'un parcours de soins fluide et adapté. Juridiquement, une telle évolution implique de modifier la maquette du DES de médecine générale.

Il paraît opportun de prévoir cette modification dans le cadre de la révision de la durée du DES de médecine générale.

Recommandation n°2 Adapter la maquette du DES de médecine générale pour prévoir un temps de régulation médicale (SAMU, régulation libérale, etc.), dans le contexte du futur déploiement du service d'accès aux soins (SAS).

Concernant la maquette du DES de médecine d'urgence

La maquette du DES de médecine d'urgence ne prévoit pas d'expériences en médecine générale bien que, la médecine générale et la médecine d'urgence soient très complémentaires. Les services d'accueil des urgences interviennent directement en aval, mais aussi en amont, de la prise en charge par le médecin généraliste.

La médecine générale mobilise par ailleurs des compétences très utiles aux futurs médecins urgentistes, notamment dans un contexte où de nombreux patients consultent les services d'urgences pour des problèmes de santé relevant en réalité de la médecine générale. Cette constatation doit cependant être tempérée par le fait qu'il s'agit d'une dérive et non du cœur de métier de la spécialité de médecine d'urgence et qui s'exerce dans des services autorisés, ou le recentrage de l'activité de médecins urgentistes est un objectif du pacte.

La proximité de ces deux spécialités impose donc d'examiner la maquette du DES de médecine d'urgence, afin de prévoir un temps en médecine générale.

La marge pour prévoir un tel ajout au sein de la maquette du DES de médecine d'urgence est cependant limitée.

Cet ajout pourrait être envisagé dans le cadre du « stage libre » de la phase d'approfondissement. Il pourrait aussi utiliser une partie du semestre de phase socle consacré à la médecine interne ou polyvalente.

Une future extension de la maquette à cinq ans (qui paraît toutefois difficilement envisageable à court terme notamment pour des raisons budgétaires et techniques) permettrait d'élargir la place de la médecine générale.

Recommandation n°3 Adapter la maquette du DES de médecine d'urgence pour prévoir une expérience en médecine générale.

3.3 Concernant les « docteurs juniors » : mobiliser le futur levier de la « séniorisation » pour offrir une réelle expérience de terrain grâce à l'autonomie supervisée

La réforme du troisième cycle a prévu, pour tous les DES, une procédure de « séniorisation » des internes en fin de cursus (« docteurs juniors ») qui est particulièrement intéressante dans le contexte de la médecine d'urgence. Elle permettra à la fois :

- d'apporter une réelle expérience de terrain à la fin de la phase de consolidation des DES, à travers une autonomie supervisée. Concrètement, il s'agira de reconnaître aux internes un droit au plein exercice de la médecine pendant une période de « séniorisation » qui précèdera l'obtention de leur diplôme, afin de leur faire acquérir une véritable autonomie d'exercice avant même la fin de leurs études ;
- de renforcer la ressource médicale des urgences. La ressource médicale issue de ce processus est cependant assez limitée car les 461 étudiants du DES de médecine d'urgence de la promotion 2017-2018 ne seront pas tous « séniorisés » en même temps, disposant d'un cursus personnalisé devant les conduire progressivement à l'autonomie à l'issue de la quatrième année du DES.

Cette mesure entrera en vigueur à compter de la rentrée 2020-2021. Un projet d'arrêté portant sur chaque spécialité est en cours d'élaboration par la DGOS pour définir précisément ce processus de mise en responsabilité, à travers des référentiels.

Recommandation n°4 Déployer effectivement le processus de « séniorisation » des internes de médecine d'urgence en fin de cursus.

3.4 Concernant les médecins en exercice : assouplir les passages entre la médecine d'urgence et les autres spécialités médicales, dans une logique de parcours décloisonnés

La pénibilité de la profession de médecin urgentiste 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 attirés 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.

Deux leviers, dont la portée diffère, sont mobilisables :

- le deuxième DES, conduisant le médecin à accéder à une seconde spécialité, et donc à renoncer à l'exercice de sa première spécialité, est une procédure prévue par le décret du 12 avril 2017 relatif aux conditions d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine. Ce décret entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Il met en place une régulation nationale en fonction des besoins de la population et des capacités de formation, par spécialité et droit d'exercice complémentaire dans une spécialité donnée, du nombre de médecins autorisés à poursuivre une formation de troisième cycle. Les conditions dans lesquelles les

médecins en exercice peuvent être autorisés à suivre un deuxième DES seront ultérieurement précisées par voie réglementaire. La logique est celle d'une véritable reconversion professionnelle, qui ne favorise donc pas l'exercice mixte :

- ainsi, un médecin urgentiste, titulaire du DES de médecine d'urgence, accédant à un deuxième DES de médecine générale deviendra, à l'issue du cursus, médecin généraliste, le conduisant à renoncer à son statut de médecin urgentiste ;
- inversement, un médecin généraliste, titulaire du DES de médecine générale, accédant à un deuxième DES de médecine d'urgence deviendra, à l'issue du cursus, médecin urgentiste, le conduisant à renoncer à son statut de médecin généraliste.
- les FST, permettant au médecin de se « sur-spécialiser » de manière souple (la formation dure un an), en conservant sa spécialité principale, celle reconnue par la FST ne permettant pas de reconnaître la spécialité ainsi acquise au même niveau que celle d'un DES, qui conduit quant à elle à un véritable changement de statut du médecin. Concrètement, la FST reconnaît des compétences complémentaires exercées dans le cadre de la spécialité d'origine (ce levier est donc très différent de celui du deuxième DES) :
 - à titre d'exemple, un médecin pédiatre ou généraliste qui valide une FST d'urgences pédiatriques se « sur-spécialise » mais ne devient pas pour autant médecin urgentiste, il reste pédiatre ou généraliste. Il pourra cependant exercer la pédiatrie ou la médecine générale tout en voyant ses compétences reconnues en médecine d'urgences pédiatriques.

Pour rappel, un médecin généraliste ou spécialiste peut travailler dans un service d'urgences, même s'il n'est pas titulaire d'un DES ou d'un DES de médecine d'urgence. Son exercice sera limité par ses compétences mais il pourra tout de même bénéficier de ce type de passerelle vers la médecine d'urgence.

3.4.1 Développer des leviers facilement mobilisables pour permettre aux médecins urgentistes de changer de spécialité et d'avoir des parcours dynamiques

Les leviers précités peuvent être mobilisés pour dynamiser le parcours professionnel des médecins urgentistes :

- le deuxième DES, dans les conditions prévues par le cadre réglementaire, avec pour principales limites la lourdeur du cursus et la nécessité de renoncer au statut de médecin urgentiste, au profit de la nouvelle spécialité :
 - sur ce point, il importe de prévoir, dans le projet d'arrêté en cours d'élaboration, des conditions d'accès suffisamment souples afin d'éviter les cloisonnements de parcours (durée de cursus allégée *via* des dispenses de stages liées à l'expérience acquise). Le décret du 12 avril 2017 prévoit d'ailleurs déjà explicitement que la reprise d'études pour changer de spécialité peut se traduire, « *le cas échéant* », par des « *aménagements de cette formation afin de tenir compte de l'expérience préalablement acquise* ». Le même texte précise cependant que « *les dispenses envisagées ne peuvent excéder la moitié de la durée minimale de la formation de médecin spécialiste concernée* » ;
 - la logique de reconversion sous tendant la validation d'un deuxième DES pourra intéresser des médecins urgentistes souhaitant se spécialiser, après plusieurs années d'exercice, en médecine générale ;

- cette procédure peut certes créer un flux de sortie des urgences (il y aura sans doute davantage de deuxième DES pour exercer hors médecine d'urgence que de deuxième DES pour se former en médecine d'urgence) mais cette possibilité offerte de reconversion est une réelle garantie d'attractivité pour la profession ;
- les FST, dont l'enjeu principal réside à ce jour dans la création d'une FST de médecine polyvalente, qui serait très opportune afin de permettre des croisements de parcours entre médecine d'urgence et médecine polyvalente, d'autant que celle-ci est positionnée très fortement en aval des urgences. La création d'une FST implique l'élaboration d'un référentiel par les professionnels et les ministères partie-prenantes (santé et enseignement supérieur). Les représentants des différentes spécialités concernées (médecine générale, médecine interne, gériatrie, médecine d'urgence, etc.) doivent cependant au préalable faire émerger une vision commune sur le contenu de cette FST et ses objectifs afin de construire un programme pédagogique adapté.

Recommandation n°5 Créer une FST de médecine polyvalente afin d'encourager les parcours croisés entre médecine d'urgence et médecine polyvalente, spécialité positionnée en aval des urgences.

3.4.2 Reconnaître le statut de médecin urgentiste par des leviers plus souples que le DES de médecine d'urgence, dans certaines situations spécifiques

Afin d'assurer une certaine souplesse au système, il importe de prévoir des alternatives afin de reconnaître, par exception, le statut de médecin urgentiste sans validation préalable du DES de médecine d'urgence.

A titre d'exemple, le CNOM prévoit des procédures de validation des acquis de l'expérience (VAE) ordinales, permettant de reconnaître un certain nombre de compétences acquises au cours de l'expérience professionnelle d'un médecin, en dehors de sa spécialité. La VAE permet aux médecins concernés d'obtenir un droit d'exercice complémentaire¹⁰⁸.

Au plan universitaire, un autre levier mobilisable est la capacité de médecine d'urgence¹⁰⁹ (CMU, dont la durée de formation est de deux ans), qui pourrait évoluer sous la forme d'une FST. La capacité a été maintenue principalement pour le Service de Santé des Armées. La FST serait utilisée pour les mêmes médecins militaires qui sont pour l'essentiel des médecins généralistes ayant impérativement besoin d'être formés à l'urgence pour les opérations extérieures. Cette FST serait complémentaire de la FST « chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe ». Toutefois, dans les années à venir, l'évolution du nombre d'inscriptions devra être examinée pour déterminer si ce dispositif complémentaire est pertinent ou redondant avec les autres possibilités de reconnaissance de l'expérience et des compétences des médecins non urgentistes.

Recommandation n°6 Remplacer la capacité de médecine d'urgence par une FST de Médecine d'urgence destinée aux médecins militaires tout en évaluant la pertinence de son maintien dans les années à venir en fonction de l'évolution du nombre d'inscriptions.

Enfin, le cas particulier des praticiens diplômés hors UE (PADHUE) inscrits dans le cadre d'une procédure d'autorisation d'exercice (PAE) est en cours de traitement. La question posée est celle de

¹⁰⁸ Parallèlement à la VAE ordinale, il existe une VAE universitaire, qui délivre un DESC (ou DES), alors que l'Ordre des médecins délivre un droit d'exercice complémentaire à la spécialité.

¹⁰⁹ La capacité d'aide médicale urgente (CAMU), créée en 1986, a été transformée en capacité de médecine d'urgence (CMU) en 1998.

candidats spécialisés en médecine générale qui présentent une candidature pour exercer la médecine d'urgence. Il s'agit de leur permettre d'être évalués en médecine d'urgence et de devenir ainsi médecins urgentistes s'ils le souhaitent. Aucune disposition législative ou réglementaire ne s'y oppose. Cet assouplissement des règles relève d'un changement de pratiques qui est envisagé par la DGOS et reste à organiser avec le CNG, le CNOM et les représentants des spécialités, assorti d'un certain nombre de règles et critères (PADHUE exerçant déjà en structures d'urgences, ayant exprimé le souhait d'y exercer lors de l'obtention du plein exercice). Ce sont des médecins qui ont validé leur diplôme de médecine générale au moment où il n'existait pas encore la spécialité de médecine d'urgence. Cette hypothèse concernerait peu de médecins.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Etablir des projections démographiques fines sur les dix prochaines années concernant les médecins urgentistes afin d'adapter le plus possible le nombre d'étudiants formés aux besoins
2	Adapter la maquette du DES de médecine générale pour prévoir un temps de régulation médicale (SAMU, régulation libérale, etc.), dans le contexte du futur déploiement du service d'accès aux soins (SAS)
3	Adapter la maquette du DES de médecine d'urgence pour prévoir une expérience en médecine générale
4	Déployer effectivement le processus de « séniorisation » des internes de médecine d'urgence en fin de cursus
5	Créer une FST de médecine polyvalente afin d'encourager les parcours croisés entre médecine d'urgence et médecine polyvalente, spécialité positionnée en aval des urgences
6	Remplacer la capacité de médecine d'urgence par une FST de Médecine d'urgence destinée aux médecins militaires tout en évaluant la pertinence de son maintien dans les années à venir en fonction de l'évolution du nombre d'inscriptions

ANNEXE 1 : Présentation des maquettes (DES de médecine générale / DES de médecine d'urgences) et de leurs évolutions récentes

Maquette du nouveau DES de médecine d'urgence

MÉDECINE D'URGENCE : 8 semestres (4 ans)

– Phase Socle : 2 semestres :

Urgences adultes ou mixtes adultes/pédiatriques

Gériatrie aiguë ou Médecine interne ou Médecine polyvalente

– Phase Approfondissement : 4 semestres :

Urgences pédiatriques ou Pédiatrie générale

SAMU-CRRA15/SMUR

Réanimation chirurgicale/médicale/polyvalente/pédiatrique/USI (*peuvent être couplés entre eux*)

Stage libre = *chirurgie, anesthésie-réa, radiologie, USI, ou recherche ou stage à l'étranger*

– Phase Consolidation : 2 semestres :

SAMU-CRRA15/SMUR

Urgences adultes.

≥ 4 stages en CHU. 1 inter-CHU encouragé.

2 Formations Spécialisées Transversales : Urgences pédiatriques, Pharmacologie médicale/thérapeutique.

Avant la réforme : le DESC de médecine d'urgence comprenait quatre semestres :

- SAMU/SMUR
- Services des Urgences d'adultes
- Services ou Unités des Urgences pédiatriques
- Services ou Unités de Réanimation ou de Soins Intensifs médicaux, chirurgicaux ou médico-chirurgicaux

Nouvelle maquette du DES de médecine générale

Année 1 = PHASE SOCLE : 2 semestres donc 1 stage aux **Urgences adultes** et 1 stage chez le **praticien** (niveau 1 ambulatoire).

Années 2 et 3 = PHASE D'APPROFONDISSEMENT : 4 semestres donc 1 stage en **Médecine adulte polyvalente** (gériatrie, médecine interne, médecine polyvalente, aval des urgences...), 1 stage **santé de la Femme ambulatoire** (praticien ayant une grosse activité de gynécologie et/ou PMI) **ou hospitalier**, 1 stage **santé de l'Enfant ambulatoire** (praticien ayant une grosse activité de pédiatrie et/ou PMI) **ou hospitalier** (pédiatrie générale et/ou urgences pédiatriques) et 1 **SASPAS** (= Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

=> **Disparition de l'obligation du CHU.**

=> **50 % des stages** seront à terme faits **en ambulatoire**

Côté formation théorique :

- Un **contrat de formation** sera établi en fin de 1^{ère} année entre l'étudiant, le Département de MG de sa faculté et son doyen. Ce contrat définira l'ensemble des connaissances et des compétences à acquérir (objectifs pédagogiques) et le parcours de formation suivi (+/- évolutif selon la Formation Spécialisée Transversale éventuellement choisie).

- Entre chaque phase il y aura une **évaluation** (sous forme d'entretien) pour valider le passage dans la phase suivante et faire le point sur les acquis.

L'ancienne maquette du DES de médecine générale se structurait de la manière suivante :

- Deux semestres obligatoires hospitaliers : médecine d'adultes (médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie, stages de spécialité couplés) et médecine d'urgence.
- Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :
 - un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie
 - un semestre libre (*ces semestres peuvent être effectués en hospitalier OU en ambulatoire*)
- Un semestre ambulatoire auprès d'un médecin généraliste
- Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale

Parmi les stages hospitaliers (obligatoires ou libres), il fallait en faire au moins un en CHU.

LA PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS: PLACE ET RÔLE DANS LE DISPOSITIF DES URGENCES

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
1.1 UN POINT DE SITUATION VINGT ANS APRES LA MISE EN PLACE DES PASS.....	195
1.2 LES ENSEIGNEMENTS DES RAPPORTS D'ACTIVITE DES PASS DE 2018	196
2 LA PLACE DES PASS AU SEIN DES STRUCTURES D'URGENCE EST A REAFFIRMER.....	199
2.1 LES PASS JOUENT UN ROLE INSUFFISAMMENT IDENTIFIE.....	199
2.2 L'ARTICULATION ENTRE LES STRUCTURES D'URGENCE ET LES PASS DOIT ETRE RENFORCEE	200
3 LES PISTES DE PROGRES	200
3.1 AMELIORER L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES PASS	200
3.2 OPTIMISER LA COMPLEMENTARITE ENTRE SERVICE D'URGENCE ET PASS.....	201
RECOMMANDATIONS.....	203

1 Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

1.1 Un point de situation vingt ans après la mise en place des PASS

Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, ce dispositif passerelle doit organiser et créer au sein de l'hôpital et/ou du GHT mais aussi sur son territoire un réseau partenarial permettant de prendre en charge de manière coordonnée les patients en situation de précarité.

Les PASS doivent offrir un accès aux soins et un accompagnement social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins des autres dispositifs de droit commun.

La circulaire DGOS du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS a posé un cadre de référence pour ce dispositif. Face au développement de nouvelles formes de précarité et à la prise en charge des personnes migrantes, un accompagnement spécifique s'est avéré utile. Dès lors, certaines ARS ont développé un dispositif complémentaire avec des PASS mobiles pour compléter l'offre de prise en charge avec pour objectif d'aller vers les publics les plus éloignés du système de santé dans une logique de couverture territoriale.

La coordination des PASS au niveau régional se fait par l'intermédiaire d'un coordonnateur salarié d'un établissement de santé et financé sur la MIG PASS. Elle s'inscrit, sous l'égide de l'ARS, dans le cadre de la déclinaison des programmes d'accès aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé (PRAPS). Dans la plupart des régions, les postes de coordonnateurs régionaux des PASS sont pourvus.

Leur mission principale est de coordonner, harmoniser et fédérer l'ensemble des PASS d'une même région. En pratique, le coordonnateur soutient les professionnels des PASS dans tous les aspects de leurs missions et obligations (mise en place d'un comité de pilotage, développement de partenariats, mise à disposition d'outils ou aide à la définition de procédure, réalisation d'actions de formation ou de sensibilisation, retour d'expériences, partage de pratiques ...). Au niveau national et en complément des ARS, ils sont également des interlocuteurs privilégiés sur toutes les thématiques concernant les PASS (partenariats, organisation des PASS, prise en charge, ouverture des droits à l'assurance maladie ...) et sont régulièrement réunis pour des rencontres.

Très constructive, cette démarche d'échanges participe de la cohésion des coordonnateurs et de la cohérence des actions notamment par des échanges et la proposition d'outils communs, protocoles et démarches à venir.

Une enquête récente¹¹⁰ conduite par la DGOS avec les ARS a permis de dresser un état des lieux sur l'activité des PASS qui a permis de mesurer les dynamiques régionales soutenues par les ARS : modalités d'élaboration des PRAPS, actions mises en œuvre et premières évaluations. Enfin, l'enquête comportait des questions spécifiques portant sur l'impact de la prise en charge des migrants dont les mineurs non accompagnés.

¹¹⁰ Sur la période de juin à septembre 2018.

Les résultats de l'enquête¹¹¹ ont révélé une augmentation importante des files actives ces dernières années notamment en raison de la prise en charge des personnes migrantes. Le démantèlement de la jungle de Calais a eu un fort impact sur l'augmentation de l'activité des PASS des grandes agglomérations et villes.

L'étude révèle la prévalence de certaines maladies infectieuses ou virales à prendre en charge : la gale, la tuberculose, les hépatites ainsi que les problèmes dentaires. Enfin, des besoins spécifiques ont émergé vis-à-vis de certains publics notamment les femmes enceintes (suivi grossesse et accouchement) ainsi que les mineurs non accompagnés.

Cette enquête conjoncturelle a validé la nécessité d'assurer un suivi d'activité plus fin et régulier tant quantitatif que qualitatif. Depuis 2019, un rapport d'activité harmonisé au niveau national est mis en place en routine et produit des informations éclairantes. Au fur et à mesure, le volume et la qualité de l'activité seront consolidés et des tendances se dégageront plus finement et des orientations pourront être fixées.

1.2 Les enseignements des rapports d'activité des PASS de 2018

Le taux de renseignement des rapports d'activité auprès des 450 PASS recensées est de l'ordre de 80% et permet d'en tirer des enseignements.

Globalement, pour les PASS ayant transmis leur rapport d'activité, on note :

- Une grande majorité de PASS est à vocation généraliste (311 PASS généralistes) dont 64 sont mobiles ;
- 56 PASS spécialisées dont 36 PASS psychiatriques ;
- 83 PASS non répondantes ;

Sur la base de cet échantillon, la file active est de 194 255 personnes dont 132 295 nouveaux patients.

L'origine des patients accueillis en PASS est la suivante :

- Environ 40 % sont d'origine française ;
- Près de 11 % en provenance de l'UE ;
- Les autres patients étant européens hors UE ou en provenance du Maghreb principalement.

Outre une prise en charge sanitaire, la seconde activité principale des PASS est de permettre aux personnes de recouvrer ou de mettre à jour les droits à l'assurance maladie¹¹². Ainsi, lors de leur entrée en PASS, on relève :

- Près de 60 % des patients étaient sans couverture sociale ;
- 6 % étaient bénéficiaires de l'AME-AMU ;

¹¹¹ 59 % des PASS ont fait remonter ces informations aux ARS. Cette enquête n'est pas exhaustive mais est représentative.

¹¹² La majorité des personnes ayant une PUMA seule ou avec la CLUC, sont des demandeurs d'asile, porteurs d'une simple attestation ne leur permettant pas d'accéder à une prise en charge en ville n'ayant pas la possibilité d'avancer le tiers payant. La barrière de la langue est également un frein, de même que l'insuffisance de médecins généralistes en secteur 1 dans certains territoires.

- 23,4 % de la PUMA/CMUc ;
- 18,7 % de la PUMA seule ;
- 4 % sous Visa ;
- 4 % bénéficiaient d'une couverture sociale d'un autre pays.

15 461 dossiers (soit environ 8 % de la file active) ont fait l'objet de nombreux allers retours ou refus par la CPAM. A noter que depuis 2015, une convention entre PASS et CPAM doit être obligatoirement mise en place. D'après les coordonnateurs régionaux et les ARS, elle faciliterait les échanges, coopérations entre les structures et donc *in fine* les régularisations des situations, au sens ouverture des droits. Bien qu'obligatoire depuis 2015, la convention PASS/CPAM n'est pas généralisée dans toutes les PASS¹¹³.

Recommandation n°1 Réaffirmer l'obligation de la signature d'une convention entre PASS / CPAM pour fluidifier les relations.

La circulaire de 2013 prévoit que le dispositif PASS soit facilement identifiable et accessible aux patients, ainsi qu'aux acteurs internes et externes à l'établissement de santé. A cette fin, chaque PASS doit bénéficier d'une signalétique claire à l'accueil et dans les principaux lieux de passage dans l'établissement de santé. Malgré ces éléments, le dispositif PASS est encore parfois méconnu et manque de visibilité.

Recommandation n°2 Identifier clairement le dispositif PASS au sein des établissements de santé et/ou des GHT et notamment des structures d'urgence avec une signalétique adaptée.

Sur le plan budgétaire, les dotations des MIG PASS sont en augmentation depuis 2017. Les PASS ont deux sources de financements différents : la MIG PASS ou la DAF Psychiatrie. La MIG PASS s'élève à 72,5 M€ en 2018.

Des mesures nouvelles ont été attribuées en 2015 puis à compter de 2017 pour répondre aux besoins croissants de certains territoires. Ces mesures nouvelles ont été fléchées vers les territoires les plus confrontés au phénomène de précarité et à l'arrivée importante de personnes migrantes dont l'île de France.

Tableau 1 : Évolution de la MIG PASS sur 3 ans

Année	Mesures nouvelles
2015	5,6 M€
2017	3,6 M€
2018	10 M€*

* dont la moitié fléchée pour les départements d'outre-mer,

Note : En 2016, seule la région Hauts de France a reçu des crédits non reconductibles à hauteur de 3,6 M€

Source : DGOS, novembre 2019.

¹¹³ Dans le cadre de la démarche PLANIR, les CPAM doivent contractualiser avec les PASS.

Tableau 2 : Détail de l'évolution des financements régionaux depuis 2017 (MIG PASS)

Région	Nb Entités juridiques financées 2018	Total 2017	Total 2018	Taux d'évolution
Auvergne-Rhône-Alpes	46	6 393 239	6 622 584	+4 %
Bourgogne Franche Comté	17	1 419 724	1 726 935	+22 %
Bretagne	13	1 767 215	1 843 671	+4 %
Centre Val de Loire	15	1 214 948	1 266 804	+4 %
Corse	3	189 027	192 981	+2 %
Grand Est	26	3 519 694	3 544 694	+1 %
Guadeloupe	3	479 497	826 497	+72 %
Guyane	3	1 490 854	3 418 274	+129 %
Hauts-de-France	36	4 214 947	4 634 009	+10 %
Ile-de-France	53	22 118 304	23 095 203	+4 %
Martinique	1	1 030 244	908 144	-12 %
Normandie	25	3 445 044	3 584 987	+4 %
Nouvelle-Aquitaine	40	6 127 482	7 383 723	+21 %
Occitanie	34	3 352 334	3 936 432	+17 %
Océan Indien	5	1 289 969	1 928 574	+50 %
Pays de la Loire	17	2 494 737	2 644 737	+6 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29	4 202 897	4 920 127	+17 %
Total général	366	64 750 154	72 478 375	+12 %

Source : DGOS, novembre 2019.

Les travaux menés ont mis en exergue que le modèle actuel d'allocation de ressources de la MIG PASS, fondé sur une répartition historique, nécessite aujourd'hui d'évoluer pour mieux tenir compte des besoins sur les territoires. Des ajustements ont d'ores et déjà été réalisés ; ainsi certaines régions particulièrement impactées par la précarité ont bénéficié de crédits supplémentaires au titre de cette MIG (Hauts-de-France, Ile de France et PACA notamment) et notamment en 2018, pour les départements d'Outre-mer.

L'évolution du modèle de financement est également nécessaire pour prendre en compte les nouveaux besoins à venir. Compte tenu des réformes en cours des dispositifs de l'aide médicale d'Etat et de la mise en place d'un délai de carence pour les demandeurs d'asile, les PASS notamment de l'Ile de France et des grandes agglomérations risquent de voir leur file active continuer d'augmenter et les délais de prise en charge en PASS augmenter, de même que le renoncement aux soins avec la possibilité que les personnes se rendent dans un état dégradé aux urgences.

Pour apprécier davantage les besoins en terme qualitatifs et adapter une allocation budgétaire corrélée aux besoins objectifs, des indicateurs d'activité doivent être mis en place. D'ores et déjà, la DGOS a engagé un travail autour de trois compartiments : dotation populationnelle, part à l'activité, part qualité qu'il convient de souligner et de saluer.

Recommandation n°3 Mettre en place un modèle d'allocation des ressources adapté.

Le bilan de la situation permet de poser un diagnostic et les recommandations formulées précédemment constituent un préalable à l'ajustement de la mission des PASS. En effet, la capacité des PASS à jouer un rôle renforcé au sein des structures d'urgence s'inscrit davantage dans une prévention, un repérage et une orientation des patients vers la PASS pour mieux assurer le service rendu et d'éviter le sur-engorgement (plus que de favoriser le désengorgement). Autrement dit, les perspectives de sollicitations des personnes précaires risquent de mettre davantage en tension les structures d'urgence alors qu'une réponse pour partie des besoins de cette population peut se faire dans les PASS. Encore faut-il une bonne collaboration et articulation entre les deux services pour insérer les personnes dans un parcours.

2 La place des PASS au sein des structures d'urgence est à réaffirmer

2.1 Les PASS jouent un rôle insuffisamment identifié

Les structures d'urgence sont particulièrement bien identifiées par l'ensemble de la population dont les personnes en situation de précarité. Elles offrent en effet un accueil permanent pour toute personne le nécessitant.

Les PASS quant à elles proposent des soins ambulatoires généralistes et/ou spécialisés et un accès aux droits à l'assurance maladie (hors urgence). Cependant, en moyenne, les PASS disposent de 2,37 ETP (données activité 2018) et certaines ne disposent pas de temps médical dédié.

Le passage aux urgences permet l'évaluation et la prise en charge des situations d'urgences médicales mais il est aussi l'occasion, pour une partie des personnes, d'initier une démarche de soins hors urgence vitale. Dans ces cas, la structure d'urgence s'avère être un lieu déterminant pour repérer et capter les patients des plus éloignés du soin en particulier ceux qui présentent des difficultés importantes d'accès aux droits et aux soins. L'enjeu est donc de réaliser le « bon diagnostic » et l'orientation adéquate du patient vers les dispositifs médico-sociaux adaptés permettant la sortie des urgences et la continuité des soins. Pour réaliser ce diagnostic, une collaboration et la complémentarité des professionnels des urgences et ceux travaillant en PASS s'avèrent essentielles.

La PASS est un dispositif passerelle. Il est un point d'entrée aux situations de précarité. Son action au sein des établissements de santé revêt différents aspects. C'est un dispositif :

- médico-social qui permet d'aider les personnes à recouvrer des droits,
- médical qui propose des consultations de médecine générale et, si besoin, l'accès au plateau technique de l'établissement de santé,
- de prévention qui participe aux objectifs de santé publique en termes de dépistage et d'alerte.

En outre, la capacité d'adaptation a permis, au fil du temps, de prendre en charge les situations complexes. Cela peut expliquer en partie l'hétérogénéité des structurations des PASS pour répondre aux spécificités des territoires et des publics en lien avec l'offre de soins existante. Toutefois, la multitude des missions auxquelles les PASS sont confrontées doit s'accompagner des moyens appropriés et des mesures organisationnelles adaptées à ces missions.

Les moyens financiers dédiés aux PASS, le fonctionnement et l'organisation doivent apparaître clairement pour éviter toute confusion ou dilution des moyens au sein de l'établissement de santé. A

cet égard, il est possible notamment de dédier une unité fonctionnelle (UF) à la PASS, ce qui permet en grande partie de tracer les moyens alloués et éventuellement assignés des objectifs en définissant des orientations pour la PASS.

Recommandation n°4 Identifier la structure PASS au sein de l'établissement de santé dans toutes ses dimensions : budget, effectifs dédiés, organisation et fonctionnement, orientations stratégiques...

2.2 L'articulation entre les structures d'urgence et les PASS doit être renforcée

Dans le cadre de leurs missions, les PASS constituent un partenaire privilégié et essentiel des urgences pour peu que le rôle assigné soit en adéquation avec les moyens alloués. Ainsi, la PASS constituée, organisée et identifiée permet un accès direct à des patients relevant de son champ d'action, et ainsi leur éviter un recours inapproprié aux urgences. C'est également un levier efficace pour éviter les retours erratiques vers les urgences. Le travail de complémentarité et de collaboration est essentiel pour éviter la rupture des soins et des droits ce qui conduirait de nouveau le patient à consulter aux urgences. Sa connaissance du terrain permet de proposer une orientation vers les dispositifs de soins existants avec des consultations médicosociales. C'est enfin un dispositif apportant une offre de suite complémentaire à l'offre de soins faite aux urgences.

Ainsi, une coordination et des articulations efficaces entre les urgences et la PASS constituent l'un des maillages essentiels de qualité et de sécurité, utile et préalable à l'inscription dans un parcours santé de droit commun de ces patients qui, en l'absence d'autres solutions, renonceraient aux soins ou reviendraient aux urgences.

A elles seules, les PASS n'ont pas la capacité à désengorger les structures d'urgence. En revanche, combiné aux différentes modalités en cours de réflexion, l'apport des PASS sera utile pour favoriser une orientation adaptée des personnes que ce soit dans la prise en charge médicale ou de l'insertion sociale par leur rôle essentiel de passerelle. Cette articulation renforcée pourra prendre plusieurs formes à la main des acteurs (protocole, organisation, personnel dédié à la coordination, ...)

Recommandation n°5 Renforcer l'articulation et la coordination entre la PASS et la structure d'urgence de l'établissement de santé dans l'organisation de la prise en charge des personnes en situation de précarité.

3 Les pistes de progrès

3.1 Améliorer l'organisation et le fonctionnement des PASS

Les situations sont très hétérogènes sur le territoire ce qui fragilise le dispositif PASS. La visibilité de la PASS ainsi que sa lisibilité (suivi de l'activité et des dépenses) sont des conditions d'organisation et de fonctionnement efficaces et pérennes.

Certes, la visibilité et la lisibilité des PASS ont été nettement améliorées depuis la circulaire de 2013 mais il convient à présent de consolider la place des PASS dans les établissements de santé sur des bases robustes et réaffirmer leurs missions

La traçabilité de l'activité et des moyens passent par l'identification dans le fichier structure de l'établissement d'une UF dédiée. Le risque de dilution des moyens est en effet important d'autant que les professionnels relèvent de plusieurs unités de soins. Cette démarche procède d'une volonté de

mieux cibler les besoins et centrer davantage les moyens. Les temps dédiés de médecin, d'assistant des services sociaux, doivent être appréhendés et valorisés. De façon plus générale, tout ce qui concourt à la prise en charge du patient en situation de précarité doit être identifié et tracé.

Il s'agit notamment de :

- La stabilisation d'un rapport d'activité national (PIRAMIG) permettant le suivi et l'évaluation des PASS aux niveaux départemental, régional et national.
- La généralisation d'un comité de pilotage institutionnel et annuel dans chaque établissement de santé, siège d'une PASS.
- Le suivi de groupes de travail thématique avec un portage conjoint par la DGOS, les ARS et la coordination nationale des PASS.

Pour un fonctionnement conforme aux missions et aux moyens alloués, la PASS doit respecter un cahier des charges établi avec des objectifs et des indicateurs de suivi. En établissant un cahier des charges, l'idée n'est pas d'uniformiser les PASS mais d'harmoniser les pratiques, proposer un cadre de référence d'organisation et de fonctionnement. Le cadrage des missions, de l'organisation, avec la définition d'un socle de base commun est nécessaire à l'ensemble des PASS. Les modalités d'organisation doivent s'adapter pour répondre aux besoins nouveaux.

Recommandation n°6 Actualiser le cahier des charges de 2013 en recentrant le rôle des PASS sur leurs missions fondamentales.

3.2 Optimiser la complémentarité entre service d'urgence et PASS

La PASS et ses actions doivent être connues et reconnues des structures d'urgence et soutenues par l'établissement de santé. La visibilité de la PASS avec un accès facilité à partir des urgences pour les patients et les soignants est un enjeu important.

La collaboration PASS/service des urgences est essentielle sans que les deux ne se confondent.

Ce travail de collaboration-coordination doit être inscrit dans une relation de complémentarité. La proximité des équipes doit être réaffirmée. De nombreuses modalités de coopération, émergentes le cas échéant des équipes, doivent être favorisées et accompagnées. A titre d'illustrations, on peut citer :

- Des passages fréquents et organisés de l'équipe PASS aux urgences avec une formalisation simple de la coordination entre eux,
- La formalisation d'une coordination entre les assistants socio-éducatifs des services,
- L'élaboration conjointe et la mise en œuvre de protocoles et de fiches réflexes.
- La coordination PASS et SAU sur la sortie du SAU du « patient précaire » (médicaments, parcours de soin coordonné ...).
- Les formations/informations lors de staffs et accueil des internes.

Recommandation n°7 Organiser et formaliser des échanges entre structures d'urgence et PASS pour parvenir à créer un travail collaboratif favorisant une orientation adaptée des personnes en situation de précarité.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Réaffirmer l'obligation de la signature d'une convention entre PASS / CPAM pour fluidifier les relations.
2	Identifier clairement le dispositif PASS au sein des établissements de santé et/ou des GHT et notamment des structures d'urgence avec une signalétique adaptée.
3	Mettre en place un modèle d'allocation des ressources adapté.
4	Identifier la structure PASS au sein de l'établissement de santé dans toutes ses dimensions : budget, effectifs dédiés, organisation et fonctionnement, orientations stratégiques...
5	Renforcer l'articulation et la coordination entre la PASS et la structure d'urgence de l'établissement de santé dans l'organisation de la prise en charge des personnes en situation de précarité.
6	Actualiser le cahier des charges de 2013 en recentrant le rôle des PASS sur leurs missions fondamentales.
7	Organiser et formaliser des échanges entre structures d'urgence et PASS pour parvenir à créer un travail collaboratif favorisant une orientation adaptée des personnes en situation de précarité.

LETTRES DE MISSION

Paris, le 19 JUIN 2019

Monsieur le député,

Les tensions auxquelles font face les structures de médecine d'urgence sont source de préoccupation chez les soignants qui assurent au quotidien leur fonctionnement.

Le nombre de passages en leur sein augmente de façon régulière depuis les années 1990 pour s'établir à plus de 21 millions de passages par an. Ce recours de plus en plus important aux urgences traduit la confiance de nos concitoyens dans la qualité de l'accueil et de la prise en charge de ces services, mais aussi dans certains territoires un manque de solutions alternatives pour répondre aux besoins de soins ressentis par les patients. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire en aval des urgences, des difficultés sont par ailleurs constatées pour trouver rapidement les places nécessaires à la prise en charge adaptée des patients, ce qui se traduit également par une pénibilité accrue pour les professionnels qui y travaillent. Les périodes de tension, notamment les épidémies hivernales et les épisodes de chaleur, tendent aujourd'hui à se généraliser sur l'ensemble de l'année. Petits et grands établissements éprouvent ainsi des difficultés croissantes. Parallèlement, le nombre de sollicitations du Samu-Centre 15 a augmenté de 35 % en quinze ans.

Divers travaux sont aujourd'hui engagés dans le cadre de Ma Santé 2022 pour améliorer la situation, parmi lesquels le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en vue de structurer une réponse aux demandes de soins non programmés, le développement des hôpitaux de proximité pour assurer une réponse hospitalière intégrée avec la médecine de ville, les travaux sur la rénovation du cadre d'autorisation de la médecine d'urgence, l'expérimentation relative à la réorientation des cas les plus légers à l'arrivée aux urgences, ou encore les outils et actions conçus pour anticiper le besoin de lits d'hospitalisation et fluidifier les prises en charge en aval des urgences.

Des actions plus ciblées seront par ailleurs développées, par exemple pour limiter, lorsque cela n'est pas médicalement indispensable, le passage aux urgences des patients âgés en favorisant leur admission directe dans les services d'hospitalisation.

.../...

Monsieur Thomas MESNIER
Député
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS 07 SP

La régulation médicale requière aussi toute notre attention : la politique d'assurance qualité entreprise dans les Samu-Centre 15, comme le déploiement, dès l'automne, d'une formation spécifique pour les assistants de régulation médicale, va dans le sens d'une amélioration de l'aide médicale urgente. Il faut continuer à avancer dans cette direction pour apporter à nos concitoyens une réponse globale aux urgences plus sûre, plus rapide, et plus équitable en tout point du territoire national.

Sur la base de ces travaux et des récents rapports qui les ont alimentés (cf. annexe ci-dessous), il m'apparaît nécessaire de mener une réflexion d'ensemble permettant d'identifier les besoins d'actions supplémentaires pour assurer l'avenir des structures de médecine d'urgence avec comme objectif de les recentrer sur leurs missions.

Aussi, je souhaite vous confier la mission de piloter ces travaux dans le cadre du Conseil national de l'urgence hospitalière, en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés à toutes les étapes de la prise en charge. Conformément à l'article L.O. 144 du code électoral, un décret vous nommera parlementaire en mission auprès de Madame Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de la santé. Vous réaliserez cette mission conjointement avec Monsieur le Professeur Pierre CARLI, président du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) et médecin-chef du SAMU de Paris.

Il s'agira :

- d'objectiver la situation actuelle, sur la base d'une typologie de structures de médecine d'urgence établie en fonction de leur niveau d'activité, de leurs difficultés de recrutement, de leur place dans l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés ;
- d'analyser la complexité actuelle de l'organisation des transports sanitaires urgents en amont des services d'urgence en identifiant le rôle de chacun des partenaires ;
- d'apprécier l'amélioration attendue des réformes en cours, à la fois sur la qualité du service rendu et sur les conditions de travail des professionnels ;
- d'identifier les travaux complémentaires à mener, notamment en termes d'information et de responsabilisation de la population sur ses demandes de soins, d'articulation des structures de médecine d'urgence avec l'offre de ville, de prise en compte à l'échelle de l'établissement ou du territoire des solutions d'aval nécessaires aux patients passant par les structures des urgences, en particulier pour les parcours de soins les plus courants.

Vous associerez notamment à votre réflexion une représentation des professionnels paramédicaux œuvrant dans les services d'urgence. Vous pourrez vous appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la sécurité sociale, de la direction générale de la santé, du secrétariat général des ministères sociaux, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de l'agence technique de l'information hospitalière.

.../...

Vous me remettrez pour fin novembre 2019 un rapport dressant un état des lieux complet de la situation, assorti de propositions concrètes sur des mesures à mettre en œuvre et leur calendrier pour améliorer rapidement et durablement l'ensemble de la chaîne de soins, de l'amont à l'aval des urgences et, le cas échéant, des travaux complémentaires qui pourraient se révéler nécessaires. Ces éléments permettront ainsi d'élaborer une feuille de route partagée par l'ensemble des professionnels qui en seront les acteurs, et répondant aux attentes de nos concitoyens.

Je vous prie de croire, Monsieur le député, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.


Édouard PHILIPPE

ANNEXE :
liste indicative de rapports de référence récents

- Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences, rapport du Pr Pierre CARLI, président du CNUH, 2013, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf

- Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, rapport du Dr Jean-Yves GRALL, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du Nord Pas-de-Calais, 2015, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf

- Assurer le premier accès aux soins -Organiser les soins non programmés dans les territoires, rapport de Thomas MESNIER, député de Charente, établi avec l'appui de l'IGAS, 2018, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

- Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé, rapport d'information de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 2017, <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-685-notice.html>

- Chapitre du tome II du rapport annuel de la Cour des comptes de 2019 consacré aux urgences hospitalières, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

- Rapport de la concertation Grand âge et autonomie, Dominique LIBAULT, 2019, <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

Monsieur le Professeur,

Les tensions auxquelles font face les structures de médecine d'urgence sont source de préoccupation chez les soignants qui assurent au quotidien leur fonctionnement.

Le nombre de passages en leur sein augmente de façon régulière depuis les années 1990 pour s'établir à plus de 21 millions de passages par an. Ce recours de plus en plus important aux urgences traduit la confiance de nos concitoyens dans la qualité de l'accueil et de la prise en charge de ces services, mais aussi dans certains territoires un manque de solutions alternatives pour répondre aux besoins de soins ressentis par les patients. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire en aval des urgences, des difficultés sont par ailleurs constatées pour trouver rapidement les places nécessaires à la prise en charge adaptée des patients, ce qui se traduit également par une pénibilité accrue pour les professionnels qui y travaillent. Les périodes de tension, notamment les épidémies hivernales et les épisodes de chaleur, tendent aujourd'hui à se généraliser sur l'ensemble de l'année. Petits et grands établissements éprouvent ainsi des difficultés croissantes. Parallèlement, le nombre de sollicitations du Samu-Centre 15 a augmenté de 35% en quinze ans.

Divers travaux sont aujourd'hui engagés dans le cadre de Ma Santé 2022 pour améliorer la situation, parmi lesquels le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en vue de structurer une réponse aux demandes de soins non programmés, le développement des hôpitaux de proximité pour assurer une réponse hospitalière intégrée avec la médecine de ville, les travaux sur la rénovation du cadre d'autorisation de la médecine d'urgence, l'expérimentation relative à la réorientation des cas les plus légers à l'arrivée aux urgences, ou encore les outils et actions conçus pour anticiper le besoin de lits d'hospitalisation et fluidifier les prises en charge en aval des urgences.

Des actions plus ciblées seront par ailleurs développées, par exemple pour limiter, lorsque cela n'est pas médicalement indispensable, le passage aux urgences des patients âgés en favorisant leur admission directe dans les services d'hospitalisation.

.../...

Monsieur le Professeur Pierre CARLI
Président du conseil national de l'urgence hospitalière
Médecin-chef du SAMU de Paris
Hôpital Necker-Enfants Malades
149, rue de Sèvres
75015 Paris

La régulation médicale requière aussi toute notre attention : la politique d'assurance qualité entreprise dans les Samu-Centre 15, comme le déploiement, dès l'automne, d'une formation spécifique pour les assistants de régulation médicale, va dans le sens d'une amélioration de l'aide médicale urgente. Il faut continuer à avancer dans cette direction pour apporter à nos concitoyens une réponse globale aux urgences plus sûre, plus rapide, et plus équitable en tout point du territoire national.

Sur la base de ces travaux et des récents rapports qui les ont alimentés (cf. annexe ci-dessous), il m'apparaît nécessaire de mener une réflexion d'ensemble permettant d'identifier les besoins d'actions supplémentaires pour assurer l'avenir des structures de médecine d'urgence avec comme objectif de les recentrer sur leurs missions.

Aussi, je souhaite vous confier la mission de piloter ces travaux dans le cadre du Conseil national de l'urgence hospitalière, en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés à toutes les étapes de la prise en charge. Vous réaliserez cette mission conjointement avec M. Thomas MESNIER, député.

Il s'agira :

- d'objectiver la situation actuelle, sur la base d'une typologie de structures de médecine d'urgence établie en fonction de leur niveau d'activité, de leurs difficultés de recrutement, de leur place dans l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés ;
- d'analyser la complexité actuelle de l'organisation des transports sanitaires urgents en amont des services d'urgence en identifiant le rôle de chacun des partenaires ;
- d'apprécier l'amélioration attendue des réformes en cours, à la fois sur la qualité du service rendu et sur les conditions de travail des professionnels ;
- d'identifier les travaux complémentaires à mener, notamment en termes d'information et de responsabilisation de la population sur ses demandes de soins, d'articulation des structures de médecine d'urgence avec l'offre de ville, de prise en compte à l'échelle de l'établissement ou du territoire des solutions d'aval nécessaires aux patients passant par les structures des urgences, en particulier pour les parcours de soins les plus courants.

Vous associerez notamment à votre réflexion une représentation des professionnels paramédicaux œuvrant dans les services d'urgence. Vous pourrez vous appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la sécurité sociale, de la direction générale de la santé, du secrétariat général des ministères sociaux, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de l'agence technique de l'information hospitalière.

.../...

Vous me remettrez pour fin novembre 2019 un rapport dressant un état des lieux complet de la situation, assorti de propositions concrètes sur des mesures à mettre en œuvre et leur calendrier pour améliorer rapidement et durablement l'ensemble de la chaîne de soins, de l'amont à l'aval des urgences et, le cas échéant, des travaux complémentaires qui pourraient se révéler nécessaires. Ces éléments permettront ainsi d'élaborer une feuille de route partagée par l'ensemble des professionnels qui en seront les acteurs, et répondant aux attentes de nos concitoyens.

Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Édouard PHILIPPE



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 06 JUIN 2019

N/Réf : CAB AB/DGOS/PEGASE/ D-19-014462

Monsieur le Député,

Les tensions auxquelles font face les structures de médecine d'urgence sont source de préoccupation chez les soignants qui assurent au quotidien leur fonctionnement.

Le nombre de passages en leur sein augmente de façon régulière depuis les années 1990 pour s'établir à plus de 21 millions de passages par an. Ce recours de plus en plus important aux urgences traduit la confiance de nos concitoyens dans la qualité de l'accueil et de la prise en charge de ces services, mais aussi dans certains territoires un manque de solutions alternatives pour répondre aux besoins de soins ressentis par les patients. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire en aval des urgences, des difficultés sont par ailleurs constatées pour trouver rapidement les places nécessaires à la prise en charge adaptée des patients, ce qui se traduit également par une pénibilité accrue pour les professionnels qui y travaillent. Les périodes de tension, notamment les épidémies hivernales et les épisodes de chaleur, tendent aujourd'hui à se généraliser sur l'ensemble de l'année. Petits et grands établissements éprouvent ainsi des difficultés croissantes. Parallèlement, le nombre de sollicitations du Samu-Centre 15 a augmenté de 35% en quinze ans.

Divers travaux sont aujourd'hui engagés dans le cadre de Ma Santé 2022 pour améliorer la situation, parmi lesquels le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en vue de structurer une réponse aux demandes de soins non programmés, le développement des hôpitaux de proximité pour assurer une réponse hospitalière intégrée avec la médecine de ville, les travaux sur la rénovation du cadre d'autorisation de la médecine d'urgence, l'expérimentation relative à la réorientation des cas les plus légers à l'arrivée aux urgences, ou encore les outils et actions conçus pour anticiper le besoin de lits d'hospitalisation et fluidifier les prises en charge en aval des urgences.

.../...

Monsieur Thomas MESNIER
Député de la Charente
Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS SP

Des actions plus ciblées seront par ailleurs développées, par exemple pour limiter, lorsque cela n'est pas médicalement indispensable, le passage aux urgences des patients âgés en favorisant leur admission directe dans les services d'hospitalisation.

La régulation médicale requière aussi toute notre attention : la politique d'assurance qualité entreprise dans les Samu-Centre 15, comme le déploiement, dès l'automne, d'une formation spécifique pour les assistants de régulation médicale, va dans le sens d'une amélioration de l'aide médicale urgente. C'est dans cette direction qu'il faut continuer à avancer pour apporter à nos concitoyens une réponse globale aux urgences plus sûre, plus rapide, et plus équitable en tout point du territoire national.

Sur la base de ces travaux et des récents rapports qui les ont alimentés (cf. annexe ci-dessous), il m'apparaît nécessaire de mener une réflexion d'ensemble permettant d'identifier les besoins d'actions supplémentaires pour assurer l'avenir des structures de médecine d'urgence avec comme objectif de les recentrer sur leurs missions.

Aussi, je souhaite vous confier conjointement la mission de piloter ces travaux dans le cadre du Conseil national de l'urgence hospitalière, en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés à toutes les étapes de la prise en charge. Il s'agira :

- d'objectiver la situation actuelle, sur la base d'une typologie de structures de médecine d'urgence établie en fonction de leur niveau d'activité, de leurs difficultés de recrutement, de leur place dans l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés ;
- d'analyser la complexité actuelle de l'organisation des transports sanitaires urgents en amont des services d'urgence en identifiant le rôle de chacun des partenaires ;
- d'apprécier l'amélioration attendue des réformes en cours, à la fois sur la qualité du service rendu et sur les conditions de travail des professionnels ;
- d'identifier les travaux complémentaires à mener, notamment en termes d'information et de responsabilisation de la population sur ses demandes de soins, d'articulation des structures de médecine d'urgence avec l'offre de ville, de prise en compte à l'échelle de l'établissement ou du territoire des solutions d'aval nécessaires aux patients passant par les structures des urgences, en particulier pour les parcours de soins les plus courants.

Vous associerez notamment à votre réflexion une représentation des professionnels paramédicaux œuvrant dans les services d'urgence. Vous pourrez vous appuyer sur les services de la Direction générale de l'offre de soins, de la Direction de la sécurité sociale, de la Direction générale de la santé, du Secrétariat général des ministères sociaux, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de l'Agence technique de l'information hospitalière.

Vous me remettrez pour fin novembre 2019 un rapport dressant un état des lieux complet de la situation, assorti de propositions concrètes sur des mesures à mettre en œuvre et leur calendrier pour améliorer rapidement et durablement l'ensemble de la chaîne de soins, de l'amont à l'aval des urgences et, le cas échéant, des travaux complémentaires qui pourraient se révéler nécessaires. Ces éléments me permettront ainsi d'élaborer une feuille de route partagée par l'ensemble des professionnels qui en seront les acteurs, et répondant aux attentes de nos concitoyens.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Député, l'expression de ma considération distinguée.



Agnès BUZYN



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Paris, le 06 JUIN 2019

N/Réf : CAB AB/DGOS/PEGASE/ D-19-014462

Monsieur le Président,

Les tensions auxquelles font face les structures de médecine d'urgence sont source de préoccupation chez les soignants qui assurent au quotidien leur fonctionnement.

Le nombre de passages en leur sein augmente de façon régulière depuis les années 1990 pour s'établir à plus de 21 millions de passages par an. Ce recours de plus en plus important aux urgences traduit la confiance de nos concitoyens dans la qualité de l'accueil et de la prise en charge de ces services, mais aussi dans certains territoires un manque de solutions alternatives pour répondre aux besoins de soins ressentis par les patients. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire en aval des urgences, des difficultés sont par ailleurs constatées pour trouver rapidement les places nécessaires à la prise en charge adaptée des patients, ce qui se traduit également par une pénibilité accrue pour les professionnels qui y travaillent. Les périodes de tension, notamment les épidémies hivernales et les épisodes de chaleur, tendent aujourd'hui à se généraliser sur l'ensemble de l'année. Petits et grands établissements éprouvent ainsi des difficultés croissantes. Parallèlement, le nombre de sollicitations du Samu-Centre 15 a augmenté de 35% en quinze ans.

Divers travaux sont aujourd'hui engagés dans le cadre de Ma Santé 2022 pour améliorer la situation, parmi lesquels le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en vue de structurer une réponse aux demandes de soins non programmés, le développement des hôpitaux de proximité pour assurer une réponse hospitalière intégrée avec la médecine de ville, les travaux sur la rénovation du cadre d'autorisation de la médecine d'urgence, l'expérimentation relative à la réorientation des cas les plus légers à l'arrivée aux urgences, ou encore les outils et actions conçus pour anticiper le besoin de lits d'hospitalisation et fluidifier les prises en charge en aval des urgences.

.../...

Professeur Pierre CARLI
Président du Conseil national de l'urgence hospitalière
Ministère des solidarités et de la santé
14 avenue Duquesne
75007 PARIS

Des actions plus ciblées seront par ailleurs développées, par exemple pour limiter, lorsque cela n'est pas médicalement indispensable, le passage aux urgences des patients âgés en favorisant leur admission directe dans les services d'hospitalisation.

La régulation médicale requière aussi toute notre attention : la politique d'assurance qualité entreprise dans les Samu-Centre 15, comme le déploiement, dès l'automne, d'une formation spécifique pour les assistants de régulation médicale, va dans le sens d'une amélioration de l'aide médicale urgente. C'est dans cette direction qu'il faut continuer à avancer pour apporter à nos concitoyens une réponse globale aux urgences plus sûre, plus rapide, et plus équitable en tout point du territoire national.

Sur la base de ces travaux et des récents rapports qui les ont alimentés (cf. annexe ci-dessous), il m'apparaît nécessaire de mener une réflexion d'ensemble permettant d'identifier les besoins d'actions supplémentaires pour assurer l'avenir des structures de médecine d'urgence avec comme objectif de les recentrer sur leurs missions.

Aussi, je souhaite vous confier conjointement la mission de piloter ces travaux dans le cadre du Conseil national de l'urgence hospitalière, en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés à toutes les étapes de la prise en charge. Il s'agira :

- d'objectiver la situation actuelle, sur la base d'une typologie de structures de médecine d'urgence établie en fonction de leur niveau d'activité, de leurs difficultés de recrutement, de leur place dans l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés ;
- d'analyser la complexité actuelle de l'organisation des transports sanitaires urgents en amont des services d'urgence en identifiant le rôle de chacun des partenaires ;
- d'apprécier l'amélioration attendue des réformes en cours, à la fois sur la qualité du service rendu et sur les conditions de travail des professionnels ;
- d'identifier les travaux complémentaires à mener, notamment en termes d'information et de responsabilisation de la population sur ses demandes de soins, d'articulation des structures de médecine d'urgence avec l'offre de ville, de prise en compte à l'échelle de l'établissement ou du territoire des solutions d'aval nécessaires aux patients passant par les structures des urgences, en particulier pour les parcours de soins les plus courants.

Vous associerez notamment à votre réflexion une représentation des professionnels paramédicaux œuvrant dans les services d'urgence. Vous pourrez vous appuyer sur les services de la Direction générale de l'offre de soins, de la Direction de la sécurité sociale, de la Direction générale de la santé, du Secrétariat général des ministères sociaux, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de l'Agence technique de l'information hospitalière.

Vous me remettrez pour fin novembre 2019 un rapport dressant un état des lieux complet de la situation, assorti de propositions concrètes sur des mesures à mettre en œuvre et leur calendrier pour améliorer rapidement et durablement l'ensemble de la chaîne de soins, de l'amont à l'aval des urgences et, le cas échéant, des travaux complémentaires qui pourraient se révéler nécessaires. Ces éléments me permettront ainsi d'élaborer une feuille de route partagée par l'ensemble des professionnels qui en seront les acteurs, et répondant aux attentes de nos concitoyens.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Agnès BUZYN', written in a cursive style.

Agnès BUZYN

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Paris, le 3.10.2019

N/Réf : CAB AB /PEGASE/ D-19-024432

Docteur, *Cher Compère,*

L'engorgement constaté aujourd'hui dans les services d'urgence, qui résulte de l'augmentation continue de leur fréquentation comme de la difficulté à trouver les lits d'aval disponibles, nécessite de revoir l'organisation de la prise en charge des urgences dans son ensemble.

C'est dans ce but que j'ai confié en juin dernier au député Thomas Mesnier et au président du Conseil national de l'urgence hospitalière, le professeur Pierre Carli, une mission pour refonder le modèle des urgences. A partir de leurs propositions, j'ai annoncé le 9 septembre dernier un Pacte de refondation des urgences, qui comprend 12 mesures structurelles pour recentrer les services d'urgence sur leur cœur de mission et éviter qu'ils ne s'installent dans un rôle de porte d'entrée indifférenciée dans le système de santé.

Pour que cette transformation soit possible, l'une des mesures-clé du pacte consiste en la création d'un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé simple et facilement accessible pour tous.

A ce jour en effet, près de 43 % des patients qui se sont rendus aux urgences auraient pu être pris en charge par un médecin en ville. Cette situation est notamment liée au fait qu'il manque pour ces patients un service unifié qui leur permettrait de s'orienter dans le système de santé de manière plus pertinente. Si le SAMU est évidemment très bien identifié pour l'accès à l'aide médicale urgente, l'accès aux consultations non programmées en ville et aux conseils médicaux repose sur des canaux multiples, sans qu'aucun ne soit exhaustif dans son offre ni complet dans les services qu'il propose : sites de prise de rendez-vous, sites de conseils médicaux, plusieurs dizaines de numéros d'appel différents pour la PDSA selon le territoire, SOS médecins, etc.

.../...

Docteur Alain PROCHASSON
1 Square Nicolas Tabouillot
57000 Metz

C'est pourquoi j'ai fait du service d'accès aux soins (SAS) la clé de voûte de cette refondation des urgences. Je souhaite que, dès l'été 2020, tous les Français puissent disposer d'un service apportant à toute heure une réponse à toute demande de soins ou toute question sur sa santé. Le SAS permettra à chacun d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé qui pourra lui fournir un ensemble de réponses allant du conseil à la téléconsultation, en passant par l'orientation, selon l'état de santé de chacun, vers une consultation sans rendez-vous ou un service d'urgences avec déclenchement d'un SMUR le cas échéant. Ce service sera fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours.

L'objectif et le calendrier sont ambitieux, mais nécessaires au vu des enjeux, pour les professionnels des urgences comme pour les patients. Une expertise approfondie sur les scénarios d'organisation et les missions de cette plateforme doit être menée au plus vite, pour permettre son déploiement à l'été 2020.

Plusieurs options sont en effet possibles en matière d'accès téléphonique au SAS et de modalités de traitement des appels, et les organisations territoriales pourraient, sous couvert d'un guichet lisible pour l'utilisateur, varier dans leurs choix d'organisation. Des expertises techniques approfondies et des concertations nourries sont donc encore nécessaires pour définir le périmètre et l'organisation du SAS.

C'est pourquoi j'ai souhaité que les modalités pratiques d'organisation de ce nouveau service soient définies en pleine concertation en particulier avec les acteurs des SAMU et les médecins libéraux.

J'ai donc décidé de vous nommer au sein de l'équipe projet pluri professionnelle ville-hôpital en charge de mener ces travaux de conception et de concertation.

Au sein de cette équipe, et avec l'appui de l'Inspection générale des affaires sociales, je vous demande d'élaborer et de qualifier les scénarios possibles d'organisation du SAS en :

- **Précisant** le périmètre des missions qui seront assumées par le SAS ;
- **Définissant** l'organisation opérationnelle à privilégier pour le déploiement de la plateforme ;
- **Préconisant** le mode d'accès téléphonique au SAS, en menant sur ce point une concertation avec les acteurs concernés et en veillant à la faisabilité technique et aux interconnexions éventuellement nécessaires ;
- **Déterminant** concrètement les moyens techniques et humains (personnels administratifs, médicaux et paramédicaux) nécessaires à la mise en place de la plateforme, qui devra être accessible en ligne et par téléphone à toute heure ;
- **Préconisant** les actions concrètes pour que la plateforme intègre et cartographie les structures disponibles pouvant répondre à la situation du patient ;
- **Définissant** le rôle respectif des acteurs impliqués et leur articulation notamment dans la gouvernance et l'offre locale. À cet égard, il sera nécessaire de veiller à une bonne articulation du SAS avec la mission de structuration des soins non programmés dévolue aux CPTS et avec le dispositif de la permanence des soins ambulatoires ;
- **Déterminant** les partenariats souhaitables avec les industriels impliqués dans les outils numériques de coordination, d'accès aux soins et de télésanté ;
- **Proposant un calendrier et des modalités de montée en charge des missions et des ressources** du SAS, en définissant l'offre de service qui devra être assurée dès la mise en service à l'été 2020 ainsi que le volume et le type de ressources correspondantes, puis en détaillant le calendrier pour la mise à disposition progressive de l'ensemble des services visés à terme.

Vous procéderez à chaque étape de vos travaux aux auditions et concertations nécessaires pour favoriser une solution respectueuse des contraintes de chaque acteur concerné, tant dans le champ hospitalier que pour les professionnels de ville et les acteurs du secours, et vous assurer qu'elle puisse efficacement être mise en œuvre.

Vous veillerez scrupuleusement à la cohérence de vos analyses avec les travaux qui sont menés par la mission interministérielle de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (MARCUS), chargée de formuler d'ici la fin 2019 des propositions pour améliorer la qualité du service rendu en matière d'appels d'urgence et de renforcer la lisibilité globale du système de gestion des appels urgents.

Vous pourrez également solliciter en tant que de besoin la Direction générale de l'offre de soins et l'ASIP Santé.

Je souhaite que vous me remettiez pour fin novembre 2019 un rapport faisant état des scénarios préconisés, assortis d'une méthodologie de déploiement, afin que le service d'accès aux soins puisse se mettre en place avec succès dès l'été 2020.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous



Agnès BUZYN



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Paris, le 3.10.2019

N/Réf : CAB AB /PEGASE/ D-19-024433

Docteur, *Cher Confère,*

L'engorgement constaté aujourd'hui dans les services d'urgence, qui résulte de l'augmentation continue de leur fréquentation comme de la difficulté à trouver les lits d'aval disponibles, nécessite de revoir l'organisation de la prise en charge des urgences dans son ensemble.

C'est dans ce but que j'ai confié en juin dernier au député Thomas Mesnier et au président du Conseil national de l'urgence hospitalière, le professeur Pierre Carli, une mission pour refonder le modèle des urgences. A partir de leurs propositions, j'ai annoncé le 9 septembre dernier un Pacte de refondation des urgences, qui comprend 12 mesures structurelles pour recentrer les services d'urgence sur leur cœur de mission et éviter qu'ils ne s'installent dans un rôle de porte d'entrée indifférenciée dans le système de santé.

Pour que cette transformation soit possible, l'une des mesures-clé du pacte consiste en la création d'un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé simple et facilement accessible pour tous.

A ce jour en effet, près de 43 % des patients qui se sont rendus aux urgences auraient pu être pris en charge par un médecin en ville. Cette situation est notamment liée au fait qu'il manque pour ces patients un service unifié qui leur permettrait de s'orienter dans le système de santé de manière plus pertinente. Si le SAMU est évidemment très bien identifié pour l'accès à l'aide médicale urgente, l'accès aux consultations non programmées en ville et aux conseils médicaux repose sur des canaux multiples, sans qu'aucun ne soit exhaustif dans son offre ni complet dans les services qu'il propose : sites de prise de rendez-vous, sites de conseils médicaux, plusieurs dizaines de numéros d'appel différents pour la PDSA selon le territoire, SOS médecins, etc.

.../...

Docteur Laurent BRECHAT
12 Rue des Roches
37420 Avoine

C'est pourquoi j'ai fait du service d'accès aux soins (SAS) la clé de voûte de cette refondation des urgences. Je souhaite que, dès l'été 2020, tous les Français puissent disposer d'un service apportant à toute heure une réponse à toute demande de soins ou toute question sur sa santé. Le SAS permettra à chacun d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé qui pourra lui fournir un ensemble de réponses allant du conseil à la téléconsultation, en passant par l'orientation, selon l'état de santé de chacun, vers une consultation sans rendez-vous ou un service d'urgences avec déclenchement d'un SMUR le cas échéant. Ce service sera fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours.

L'objectif et le calendrier sont ambitieux, mais nécessaires au vu des enjeux, pour les professionnels des urgences comme pour les patients. Une expertise approfondie sur les scénarios d'organisation et les missions de cette plateforme doit être menée au plus vite, pour permettre son déploiement à l'été 2020.

Plusieurs options sont en effet possibles en matière d'accès téléphonique au SAS et de modalités de traitement des appels, et les organisations territoriales pourraient, sous couvert d'un guichet lisible pour l'utilisateur, varier dans leurs choix d'organisation. Des expertises techniques approfondies et des concertations nourries sont donc encore nécessaires pour définir le périmètre et l'organisation du SAS.

C'est pourquoi j'ai souhaité que les modalités pratiques d'organisation de ce nouveau service soient définies en pleine concertation en particulier avec les acteurs des SAMU et les médecins libéraux.

J'ai donc décidé de vous nommer au sein de l'équipe projet pluri professionnelle ville-hôpital en charge de mener ces travaux de conception et de concertation.

Au sein de cette équipe, et avec l'appui de l'Inspection générale des affaires sociales, je vous demande d'élaborer et de qualifier les scénarios possibles d'organisation du SAS en :

- **Précisant** le périmètre des missions qui seront assumées par le SAS ;
- **Définissant** l'organisation opérationnelle à privilégier pour le déploiement de la plateforme ;
- **Préconisant** le mode d'accès téléphonique au SAS, en menant sur ce point une concertation avec les acteurs concernés et en veillant à la faisabilité technique et aux interconnexions éventuellement nécessaires ;
- **Déterminant** concrètement les moyens techniques et humains (personnels administratifs, médicaux et paramédicaux) nécessaires à la mise en place de la plateforme, qui devra être accessible en ligne et par téléphone à toute heure ;
- **Préconisant** les actions concrètes pour que la plateforme intègre et cartographie les structures disponibles pouvant répondre à la situation du patient ;
- **Définissant** le rôle respectif des acteurs impliqués et leur articulation notamment dans la gouvernance et l'offre locale. À cet égard, il sera nécessaire de veiller à une bonne articulation du SAS avec la mission de structuration des soins non programmés dévolue aux CPTS et avec le dispositif de la permanence des soins ambulatoires ;
- **Déterminant** les partenariats souhaitables avec les industriels impliqués dans les outils numériques de coordination, d'accès aux soins et de télésanté ;
- **Proposant un calendrier et des modalités de montée en charge des missions et des ressources** du SAS, en définissant l'offre de service qui devra être assurée dès la mise en service à l'été 2020 ainsi que le volume et le type de ressources correspondantes, puis en détaillant le calendrier pour la mise à disposition progressive de l'ensemble des services visés à terme.

Vous procéderez à chaque étape de vos travaux aux auditions et concertations nécessaires pour favoriser une solution respectueuse des contraintes de chaque acteur concerné, tant dans le champ hospitalier que pour les professionnels de ville et les acteurs du secours, et vous assurer qu'elle puisse efficacement être mise en œuvre.

Vous veillerez scrupuleusement à la cohérence de vos analyses avec les travaux qui sont menés par la mission interministérielle de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (MARCUS), chargée de formuler d'ici la fin 2019 des propositions pour améliorer la qualité du service rendu en matière d'appels d'urgence et de renforcer la lisibilité globale du système de gestion des appels urgents.

Vous pourrez également solliciter en tant que de besoin la Direction générale de l'offre de soins et l'ASIP Santé.

Je souhaite que vous me remettiez pour fin novembre 2019 un rapport faisant état des scénarios préconisés, assortis d'une méthodologie de déploiement, afin que le service d'accès aux soins puisse se mettre en place avec succès dès l'été 2020.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous



Agnès BUZYN



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Paris, le 3.10.2019

N/Réf : CAB AB / PEGASE / D-19-024430

Docteur, *Cher confrère,*

L'engorgement constaté aujourd'hui dans les services d'urgence, qui résulte de l'augmentation continue de leur fréquentation comme de la difficulté à trouver les lits d'aval disponibles, nécessite de revoir l'organisation de la prise en charge des urgences dans son ensemble.

C'est dans ce but que j'ai confié en juin dernier au député Thomas Mesnier et au président du Conseil national de l'urgence hospitalière, le professeur Pierre Carli, une mission pour refonder le modèle des urgences. A partir de leurs propositions, j'ai annoncé le 9 septembre dernier un Pacte de refondation des urgences, qui comprend 12 mesures structurelles pour recentrer les services d'urgence sur leur cœur de mission et éviter qu'ils ne s'installent dans un rôle de porte d'entrée indifférenciée dans le système de santé.

Pour que cette transformation soit possible, l'une des mesures-clé du pacte consiste en la création d'un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé simple et facilement accessible pour tous.

A ce jour en effet, près de 43 % des patients qui se sont rendus aux urgences auraient pu être pris en charge par un médecin en ville. Cette situation est notamment liée au fait qu'il manque pour ces patients un service unifié qui leur permettrait de s'orienter dans le système de santé de manière plus pertinente. Si le SAMU est évidemment très bien identifié pour l'accès à l'aide médicale urgente, l'accès aux consultations non programmées en ville et aux conseils médicaux repose sur des canaux multiples, sans qu'aucun ne soit exhaustif dans son offre ni complet dans les services qu'il propose : sites de prise de rendez-vous, sites de conseils médicaux, plusieurs dizaines de numéros d'appel différents pour la PDSA selon le territoire, SOS médecins, etc.

.../...

Docteur Patrick GOLDSTEIN
CHU Lille
Chef de pôle Urgences
5 Avenue Oscar Lambret
59000 Lille

C'est pourquoi j'ai fait du service d'accès aux soins (SAS) la clé de voûte de cette refondation des urgences. Je souhaite que, dès l'été 2020, tous les Français puissent disposer d'un service apportant à toute heure une réponse à toute demande de soins ou toute question sur sa santé. Le SAS permettra à chacun d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé qui pourra lui fournir un ensemble de réponses allant du conseil à la téléconsultation, en passant par l'orientation, selon l'état de santé de chacun, vers une consultation sans rendez-vous ou un service d'urgences avec déclenchement d'un SMUR le cas échéant. Ce service sera fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours.

L'objectif et le calendrier sont ambitieux, mais nécessaires au vu des enjeux, pour les professionnels des urgences comme pour les patients. Une expertise approfondie sur les scénarios d'organisation et les missions de cette plateforme doit être menée au plus vite, pour permettre son déploiement à l'été 2020.

Plusieurs options sont en effet possibles en matière d'accès téléphonique au SAS et de modalités de traitement des appels, et les organisations territoriales pourraient, sous couvert d'un guichet lisible pour l'utilisateur, varier dans leurs choix d'organisation. Des expertises techniques approfondies et des concertations nourries sont donc encore nécessaires pour définir le périmètre et l'organisation du SAS.

C'est pourquoi j'ai souhaité que les modalités pratiques d'organisation de ce nouveau service soient définies en pleine concertation en particulier avec les acteurs des SAMU et les médecins libéraux.

J'ai donc décidé de vous nommer au sein de l'équipe projet pluri professionnelle ville-hôpital en charge de mener ces travaux de conception et de concertation.

Au sein de cette équipe, et avec l'appui de l'Inspection générale des affaires sociales, je vous demande d'élaborer et de qualifier les scénarios possibles d'organisation du SAS en :

- **Précisant** le périmètre des missions qui seront assumées par le SAS ;
- **Définissant** l'organisation opérationnelle à privilégier pour le déploiement de la plateforme ;
- **Préconisant** le mode d'accès téléphonique au SAS, en menant sur ce point une concertation avec les acteurs concernés et en veillant à la faisabilité technique et aux interconnexions éventuellement nécessaires ;
- **Déterminant** concrètement les moyens techniques et humains (personnels administratifs, médicaux et paramédicaux) nécessaires à la mise en place de la plateforme, qui devra être accessible en ligne et par téléphone à toute heure ;
- **Préconisant** les actions concrètes pour que la plateforme intègre et cartographie les structures disponibles pouvant répondre à la situation du patient ;
- **Définissant** le rôle respectif des acteurs impliqués et leur articulation notamment dans la gouvernance et l'offre locale. À cet égard, il sera nécessaire de veiller à une bonne articulation du SAS avec la mission de structuration des soins non programmés dévolue aux CPTS et avec le dispositif de la permanence des soins ambulatoires ;
- **Déterminant** les partenariats souhaitables avec les industriels impliqués dans les outils numériques de coordination, d'accès aux soins et de télésanté ;
- **Proposant un calendrier et des modalités de montée en charge des missions et des ressources** du SAS, en définissant l'offre de service qui devra être assurée dès la mise en service à l'été 2020 ainsi que le volume et le type de ressources correspondantes, puis en détaillant le calendrier pour la mise à disposition progressive de l'ensemble des services visés à terme.

Vous procéderez à chaque étape de vos travaux aux auditions et concertations nécessaires pour favoriser une solution respectueuse des contraintes de chaque acteur concerné, tant dans le champ hospitalier que pour les professionnels de ville et les acteurs du secours, et vous assurer qu'elle puisse efficacement être mise en œuvre.

Vous veillerez scrupuleusement à la cohérence de vos analyses avec les travaux qui sont menés par la mission interministérielle de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (MARCUS), chargée de formuler d'ici la fin 2019 des propositions pour améliorer la qualité du service rendu en matière d'appels d'urgence et de renforcer la lisibilité globale du système de gestion des appels urgents.

Vous pourrez également solliciter en tant que de besoin la Direction générale de l'offre de soins et l'ASIP Santé.

Je souhaite que vous me remettiez pour fin novembre 2019 un rapport faisant état des scénarios préconisés, assortis d'une méthodologie de déploiement, afin que le service d'accès aux soins puisse se mettre en place avec succès dès l'été 2020.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous



Agnès BUZYN



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 3.10.2019

N/Réf : CAB AB /PEGASE/ D-19-024436

Madame,

L'engorgement constaté aujourd'hui dans les services d'urgence, qui résulte de l'augmentation continue de leur fréquentation comme de la difficulté à trouver les lits d'aval disponibles, nécessite de revoir l'organisation de la prise en charge des urgences dans son ensemble.

C'est dans ce but que j'ai confié en juin dernier au député Thomas Mesnier et au président du Conseil national de l'urgence hospitalière, le professeur Pierre Carli, une mission pour refonder le modèle des urgences. A partir de leurs propositions, j'ai annoncé le 9 septembre dernier un Pacte de refondation des urgences, qui comprend 12 mesures structurelles pour recentrer les services d'urgence sur leur cœur de mission et éviter qu'ils ne s'installent dans un rôle de porte d'entrée indifférenciée dans le système de santé.

Pour que cette transformation soit possible, l'une des mesures-clé du pacte consiste en la création d'un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé simple et facilement accessible pour tous.

A ce jour en effet, près de 43 % des patients qui se sont rendus aux urgences auraient pu être pris en charge par un médecin en ville. Cette situation est notamment liée au fait qu'il manque pour ces patients un service unifié qui leur permettrait de s'orienter dans le système de santé de manière plus pertinente. Si le SAMU est évidemment très bien identifié pour l'accès à l'aide médicale urgente, l'accès aux consultations non programmées en ville et aux conseils médicaux repose sur des canaux multiples, sans qu'aucun ne soit exhaustif dans son offre ni complet dans les services qu'il propose : sites de prise de rendez-vous, sites de conseils médicaux, plusieurs dizaines de numéros d'appel différents pour la PDSA selon le territoire, SOS médecins, etc.

.../...

Madame Vanessa SOLVICHE
CHR Metz-Thionville
1, Allée du Château
CS45001
57085 METZ CEDEX 3

C'est pourquoi j'ai fait du service d'accès aux soins (SAS) la clé de voûte de cette refondation des urgences. Je souhaite que, dès l'été 2020, tous les Français puissent disposer d'un service apportant à toute heure une réponse à toute demande de soins ou toute question sur sa santé. Le SAS permettra à chacun d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé qui pourra lui fournir un ensemble de réponses allant du conseil à la téléconsultation, en passant par l'orientation, selon l'état de santé de chacun, vers une consultation sans rendez-vous ou un service d'urgences avec déclenchement d'un SMUR le cas échéant. Ce service sera fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière, en lien avec les services de secours.

L'objectif et le calendrier sont ambitieux, mais nécessaires au vu des enjeux, pour les professionnels des urgences comme pour les patients. Une expertise approfondie sur les scénarios d'organisation et les missions de cette plateforme doit être menée au plus vite, pour permettre son déploiement à l'été 2020.

Plusieurs options sont en effet possibles en matière d'accès téléphonique au SAS et de modalités de traitement des appels, et les organisations territoriales pourraient, sous couvert d'un guichet lisible pour l'utilisateur, varier dans leurs choix d'organisation. Des expertises techniques approfondies et des concertations nourries sont donc encore nécessaires pour définir le périmètre et l'organisation du SAS.

C'est pourquoi j'ai souhaité que les modalités pratiques d'organisation de ce nouveau service soient définies en pleine concertation en particulier avec les acteurs des SAMU et les médecins libéraux.

J'ai donc décidé de vous nommer au sein de l'équipe projet pluri professionnelle ville-hôpital en charge de mener ces travaux de conception et de concertation.

Au sein de cette équipe, et avec l'appui de l'Inspection générale des affaires sociales, je vous demande d'élaborer et de qualifier les scénarios possibles d'organisation du SAS en :

- **Précisant** le périmètre des missions qui seront assumées par le SAS ;
- **Définissant** l'organisation opérationnelle à privilégier pour le déploiement de la plateforme ;
- **Préconisant** le mode d'accès téléphonique au SAS, en menant sur ce point une concertation avec les acteurs concernés et en veillant à la faisabilité technique et aux interconnexions éventuellement nécessaires ;
- **Déterminant** concrètement les moyens techniques et humains (personnels administratifs, médicaux et paramédicaux) nécessaires à la mise en place de la plateforme, qui devra être accessible en ligne et par téléphone à toute heure ;
- **Préconisant** les actions concrètes pour que la plateforme intègre et cartographie les structures disponibles pouvant répondre à la situation du patient ;
- **Définissant** le rôle respectif des acteurs impliqués et leur articulation notamment dans la gouvernance et l'offre locale. À cet égard, il sera nécessaire de veiller à une bonne articulation du SAS avec la mission de structuration des soins non programmés dévolue aux CPTS et avec le dispositif de la permanence des soins ambulatoires ;
- **Déterminant** les partenariats souhaitables avec les industriels impliqués dans les outils numériques de coordination, d'accès aux soins et de télésanté ;
- **Proposant un calendrier et des modalités de montée en charge des missions et des ressources** du SAS, en définissant l'offre de service qui devra être assurée dès la mise en service à l'été 2020 ainsi que le volume et le type de ressources correspondantes, puis en détaillant le calendrier pour la mise à disposition progressive de l'ensemble des services visés à terme.

Vous procéderez à chaque étape de vos travaux aux auditions et concertations nécessaires pour favoriser une solution respectueuse des contraintes de chaque acteur concerné, tant dans le champ hospitalier que pour les professionnels de ville et les acteurs du secours, et vous assurer qu'elle puisse efficacement être mise en œuvre.

Vous veillerez scrupuleusement à la cohérence de vos analyses avec les travaux qui sont menés par la mission interministérielle de modernisation de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (MARCUS), chargée de formuler d'ici la fin 2019 des propositions pour améliorer la qualité du service rendu en matière d'appels d'urgence et de renforcer la lisibilité globale du système de gestion des appels urgents.

Vous pourrez également solliciter en tant que de besoin la Direction générale de l'offre de soins et l'ASIP Santé.

Je souhaite que vous me remettiez pour fin novembre 2019 un rapport faisant état des scénarios préconisés, assortis d'une méthodologie de déploiement, afin que le service d'accès aux soins puisse se mettre en place avec succès dès l'été 2020.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous



Agnès BUZYN

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Ministère des Solidarités et de la Santé

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé

Cabinet de la ministre des Solidarités et de la Santé :

Raymond Le Moign, directeur de cabinet

Thomas Deroche, directeur adjoint du cabinet

Yann Bubien, ancien directeur adjoint du cabinet

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Katia Julienne, directrice générale

Cécile Courrèges, ancienne directrice générale

Stéphanie Decoopman, adjointe à la directrice générale

Mathias Albertone, sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH2S)

Marc Reynier, adjoint au sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH2S)

Sylvie Escalon, sous-directrice de la régulation du système de soins (R)

Elsa Vergier, cheffe du bureau du premier recours (R2)

Julie Barrois, adjointe à la cheffe du bureau du premier recours (R2)

Laurent Gadot, économiste, bureau R2

Dr Michel Varroud-Vial, conseiller médical de la DG

Thierry KURTH, chef du bureau, Prises en charge post-aigües, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques

Sophie TERQUEM, adjointe au chef du bureau, Prises en charge post-aigües, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques

Adeline BERTSCH, chargée de mission, accès aux soins des personnes en situation de précarité – prise en charge des addictions

Direction générale de la santé (DGS)

Pr Jérôme Salomon, directeur général

Dr Jean-Marc Philippe, conseiller médical pour les urgences

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Mathilde Lignot-Leloup, directrice

Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle

Jean-Christophe Paul, chef du département des professions de santé

Task Force « réforme du financement »

Jean-Marc Aubert, responsable

Didier Guidoni, membre

Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

Sophie Martinon, Directrice générale

Christine Kiener

Stéphanie Atimos

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Jean-Marc Aubert, directeur

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)

Denis Raynaud, directeur

Directeurs généraux d'Agences Régionales de Santé

Collège des directeurs généraux des agences régionales de santé

Dr Jean-Yves Grall, directeur général agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Association des maires de France (AMF)

Isabelle Maincion, maire de la Ville-aux-Clercs

Charlotte de Fontaine, chargée des relations avec le Parlement

Madame Valérie Jurin, adjointe au maire de Nancy

Régions de France (RdF)

Françoise Lefebvre

Autres acteurs – Associations, conférences, fédérations, syndicats

Académie de médecine

Pr Dominique Bertrand

Pr Pierre-François Plouin

Pr François Richard

Et réunion avec les membres de la Commission XVI (Parcours de soins et organisation des soins)

Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP –HP)

Martin Hirsch, directeur général

François Cremieux, directeur général adjoint

Dr Marie-Laure Alby, membre du conseil de surveillance

Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)

Roxane Hellandsjö-Prost

Clara Bonnavion

Association nationale des étudiants en pharmacie de France (ANEPPF)

Gautier Davrainville-Simonato

Association nationale des centres hospitaliers locaux et des hôpitaux de proximité(ANCHL)

Valérie Tendron, Chargée de communication

Association des Médecins urgentistes de France (AMUF)

Dr Patrick Pelloux, président

Dr Christophe Prudhomme

Avenir des équipes coordonnées (AVECsanté)

Pascal Gendry, président

Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA)

Dominique Hunault, président

Guillaume Narguet, secrétaire général

Collectif inter-urgences

Hugo Huon, président

Emilio José Alvarez

Naïma Idouzal

Marie-Pierre Martin

Orianne Plumet

Pierre Schwob Tellier

Collège infirmier français

Bruno Huet, suppléant et secrétaire général adjoint au SNIA

Edouard Podyma, secrétaire

Collège national professionnel de médecine d'urgence (CFMU)

Pr Dominique Pateron, président

Collège national des universitaires de médecine d'urgence (CNUMU)

Pr Jeannot Schmidt, président

Bruno Lamy

Jean-Baptiste Guinot

Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Pr Vincent Renard, président

Collectif national des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Dr Claire Georges-Tarragano, présidente

Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier (CNDCH)

Francis Saint-Hubert, Président

Cécilia Wahéo, secrétaire générale

Dr Philippe Fradin, médecin urgentiste

Conférence des Directeurs généraux de CHU (DGCHU)

Catherine Geindre, Présidente

Jean-François Lefebvre, membre du bureau

Véronique Anatole-Touzet, membre du bureau

Véronique Desjardins, membre du bureau

Harold Astre, directeur auprès de la présidente

Conférence nationale des Doyens de Médecine

Pr Jean Sibilia, président

Pr Bruno Riou, doyen de la faculté de médecine de la Sorbonne, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France

Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (PCME) de CHU

Pr François-René Pruvot, président

Emmanuelle Defever, directrice de cabinet

Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (PCME) de CH

Dr Thierry Godeau, président

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Dr Jean-Paul Ortiz, président

Dr Luc Duquesnel, président (Les-Généralistes CSMF)

Dr Patrick Gasser

Dr Stéphane Landais

Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI)

Patrick Chamboredon, président

Christophe Roman, conseiller

Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)

Jean-François Dumas, secrétaire général ;

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

Dr François Simon, président de la section exercice professionnel ;

Francisco Jornet, conseiller juridique ;

Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)

Dr Alain Delgutte, membre

Hélène Leblanc, direction des Affaires publiques, européennes et internationales

Convergence infirmière

Ghislaine Sicre, présidente

Judicaël Feigueux

Thierry Péchey

Ecole nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S)

Dominique Libault

Fédération CFDT Santé-Sociaux

Jean-Baptiste Guinot, permanent

Bruno Lamy, secrétaire national

Fédération CGT Santé et action sociale

Mireille Stivala, secrétaire générale

Patrick Bourdillon, secrétaire

Dr Christophe Prudhomme, membre du bureau

Annick Picard

Fédération des Transports CGT

Sébastien Davy, trésorier

Fabrice Michaud, secrétaire général

Aniéla Thieffaine

Aurélien Guillou, délégué

Fédération FO Santé Sociaux

Didier Birig, secrétaire général

Grégory Leduc, secrétaire fédéral

Dr Cyrille Venet, délégué

Fédération des Collèges Régionaux de Médecine d'Urgence (FEDECMU)

Dr Alain-Eric Dubart, président

Dr Joël Jenvrin, secrétaire général

Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS)

Jean-Philippe Brégère, trésorier

David Guillet, vice-président

Fédération hospitalière de France (FHF)

Frédéric Valletoux, président

Zaynab Riet, déléguée générale

Kathia Barro, adjointe pôle offre de soins

Marc Bourquin, conseiller stratégique

Cécile Chevance, responsable pôle finances et bdhf

Dr Jean-Paul Dabas, responsable service d'urgence GHI du Vexin Site de Magny-en-Vexin

François Dolveck, chef de département SAMU-SMUR Groupe Hospitalier Sud Ile-de-France (Melun)

Vincent Roques, adjoint pôle finances et bdhf

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Thierry Béchu, délégué général de la FHP MCO

Alexandre Breil, membre du conseil d'administration FHP MCO

Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles

Christine Schibler, déléguée générale de la FHP

Fédération des établissements hospitaliers privés non lucratifs (FEHAP)

Antoine Perrin, directeur général

Guillaume Chesnel, directeur de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé

François Grimonprez, directeur du réseau et des services institutionnels

François Moro, directeur adjoint de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé

Célia Valero, conseillère "services à domicile"

Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

Daniel Paguessorhaye, président

Laurène Ployart, déléguée générale

Fédération des médecins de France (FMF)

Jean-Paul Hamon, président

Fédération nationale des associations d'aides-soignant(e)s (FNAAS)

Guillaume Gontard, président

Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)

Marie Pelat, juriste

Fédération nationale des centres de santé (FNCS)

Dr Hélène Colombani, présidente

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

Nicolas Noiriel, ancien délégué national

Michel Calmon, directeur général fondation santé service

Laure Boisserie-Lacroix, conseillère médicale

Maud Bertrand

Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI)

Bilal Latrèche

Dimitri Allemmand

Fédération nationale des transports sanitaires (FNST)

Thierry Schifano, président

Jean-Luc Belaval, vice-président

Jean-Yves Moine, secrétaire général

Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)

Marianne Cinot, présidente

Lucie Garcin, ancienne présidente

Médecins généralistes de France (MG France)

Jacques Battistoni, président

Roland Rabeyrin, conseiller national

SAMU-Urgences de France (SUDF)

Dr François Braun, président

Dr Louis Soulat

Syndicat national des infirmiers-anesthésistes (SNIA)

Christophe Paysant, secrétaire général adjoint

Société française de médecine d'urgence (SFMU)

Dr Agnès Ricard-Hibon, présidente

SOS médecins :

Dr Serge Smadja, secrétaire général

Dr Virginie Blons, vice-présidente

Syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée (SNUHP)

Dr Albert Birynczyk, syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée

Syndicat des médecins libéraux (SML)

Sophie Bauer, secrétaire générale

William Joubert, secrétaire général

Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIL)

Catherine Kirnidis, présidente

Marianne Pache, secrétaire générale

Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateur (SNMKR)

Mickaël Mulon, président

Yvan Tourjansky, vice-président

Mathieu Saint-Cast, secrétaire général

Syndicat national des sapeurs-pompiers professionnels(SNSPP)

Yaël Lecras, trésorier national

Cédric Havard, conseiller syndical

Marc Grimaldi, conseiller syndical

Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA)

Tatiana Henriot, présidente

Eloïc Mégert

UNSA santé et sociaux

Laurent Philippe, membre du bureau national

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS)

Nicolas Brun, France Assos santé

Claude Rambaud, France Assos santé

Alexis Vervialle, chargé de mission France Assos santé

Personnes rencontrées lors des déplacements organisés par les ARS

Grand Est

ARS

Christophe Lannelongue, directeur général de l'ARS Grand Est

Arielle Brunner, conseillère médicale

Virginie Cayré, Directrice Générale déléguée Est de l'ARS Grand Est ;

Adeline Jenner, déléguée territoriale

CHU de Strasbourg

Christophe Gautier, Directeur Général des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg

Pr Jean Marie Danion, Président de la Commission Médicale d'Établissement

Equipe médicale NHC

Dr Gayol

Dr Bayle

Dr Agha-Babei

Hautepierre

Dr Quoirin

Dr Renfer

Equipe paramédicale

NHC IDE :

Charline Flick

Sophie Partouche

Emilie Billod

Jérémy Garcia

AS :

Samia Boujaada

Aurélie Brocker

Agent d'accueil :

Elodie Mathieu

Hautepierre IDE

Albin Ancel

Anissa Baccouche

Matthias Surrelle

Virginie Restouilh

AS :

Sandra Rodriguez

Agent d'accueil :

Bruno Klein

Equipe SAMU

Dr Anne WEISS, responsable SAMU
Jean-Nicolas Piccin, cadre SAMU
Sylvie Laeng, superviseur

Cadres de santé

Sandrine Hagenstein
Olivia Morel
Stéphanie Hempp
Lionel Bauer

F.O.

C. Prud'homme
F. Brunet (IDE au SAU)
M. Hebert (ancienne IDE au SAU)

C.F.D.T.

D. Bruder
P. Da Silva
B. Cretin

C.F.T.C.

J.C. Matry
J. Strub

U.N.S.A.

D. Wolff

C.G.T.

R. Bouvier
Mme Lang

Hauts de France

ARS

Arnaud Corvaisier, DGA et directeur de l'offre de soins

Dr Nathalie de Pourville, sous-directrice de l'offre de soins ambulatoire

Dr Cécile Guitard, référent médical à la sous-direction des établissements de santé

CH Roubaix

M. Guillaume Delbar, maire de Roubaix

M. Henri-François Caudrelier, directeur de cabinet du maire

Dr Dancoine, vice-président du conseil de surveillance et médecin généraliste de Roubaix

Dr Detournignies, vice-présidente de CME (hématologue)

Dr Pecoux, chef de pôle et urologue

Hélène De Roo, directrice-adjointe en charge des travaux et des achats;

M. Garhbi, directeur des soins

Dr Godesence, chef de service des urgences

Dr Goldstein, chef de pôle de l'urgence et du SAMU du Nord CHU de Lille

Pr Pruvost, PCME du CHU de Lille

Dr Christophe Couturier chef de service des urgences au CH de Dunkerque

Pr Christine Ammirati, chef de pôle urgences au CHU d'Amiens

Mme Rusckebush, cadre supérieur de santé au CH de St Omer

Mme Cartignies, cadre de santé au CH de Valenciennes

Dr. Pierre Valette chef du SAMU 62

Mme Tanfin, assistante de régulation médicale SAMU 62

Dr Ziad Khodr, représentant de la FHF urgentiste

Ile-de-France

Dr Romain Hellmann, référent thématique régional urgences, responsable de la cellule anticipation et régulation des soins non programmés, ARS

Pr Enrique Casalino, chef de service, urgences, hôpital Bichat

Dr Mathias Wargon, chef de service Urgences adultes-SMUR GHT Plaine de France

Nouvelle Aquitaine

ARS

Dr Gilles Auzemery, conseiller médical

CHU de Limoges

M. Jean-François Lefebvre, directeur général CHU de Limoges

Jean-Christophe Rousseau, directeur général adjoint CHU de Limoges

Pr Jean-Yves Salle, président de la CME

Patrick Charpentier, président de France Assos Santé pour la Nouvelle-Aquitaine et vice-président de la commission des usagers

Pr François Paraf, chef du pôle soins aigus, bloc et imagerie

Pr Achille Tchalla, chef du pôle gériatrie clinique du CHU ; chef du pôle inter-établissement gériatrie – gériatrie CHU de Limoges – CH St Junien – CH St Yrieix-la-Perche

Dr Jean-François Cueille, chef du service des urgences adultes du CHU ; Chef du Pôle Inter-établissement « Urgence SAMU SMUR 87 » CHU de Limoges – CH St Junien – CH St Yrieix-la-Perche

Dr Dominique Cailloce, chef de service du SAMU-SMUR

Patricia Champemont, coordinatrice générale des soins, directrice déléguée aux urgences

Stéphane Cibert, cadre supérieur de santé du Pôle SABI

Eric Daverat, cadre de santé Urgences adultes

David Jourdan, directeur délégué CH de St Junien

Cyrille Harmel, directeur délégué CH de St Yrieix-la-Perche

Occitanie

Romain Grau, député

François Calvet, sénateur

ARS

Pierre Ricordeau, directeur général de l'ARS

Dr Christine Sagnes-Raffy, directrice adjointe premier recours

CH de Narbonne

Dr Alain Peret, président de la CME et chef de service des urgences

Dr Serge Brelit, urgentiste et chef du pôle Urgence/réanimation, Imagerie

Dr Véronique Regis, urgentiste et directrice du SAMU 11

Marie Noëlle Garbay, Présidente du Conseil de surveillance

Richard Barthes, directeur

Personnels médicaux des urgences et Polyclinique le Languedoc, médecins libéraux, élus locaux

Pr Jean Emmanuel de la Coussaye, chef de service des Urgences SAMU/SMUR CHU de Nîmes

CH de Perpignan

Jean-Marc Pujol, Maire, président du conseil de surveillance

Vincent Rouvet, directeur

Dr Yves Garcia, président de la CME

Dr Laurent Ortega, chef du pôle Urgences Médecine Aigüe

Pr Jean Emmanuel de la Coussaye, Chef de service des Urgences SAMU/SMUR CHU de Nîmes

Pascal Delubac, représentant de l'Hospitalisation privée (FHP)

Dr Patrick Josa, Coordonnateur MMUG Perpignan et Président de Regul 66

Bernard Descroix, représentant des usagers

Dr Jean Claude Layre, chef de service SAU

Dr Loïc Picault, chef de service SMUR CESU

Dr Olivier Rouquet, chef de service SAMU 66

Dr Marlène Lachcar

Dr Erick Verdier

Dr Salim Bencheich

Dr Julie Carriere

Dr Marine Pailleux

Dr Dominique Durget

Dr Ali Ousji

Dr Emilie Chambon

Dr Wael Chaabene

Dr Fabrice Bazot

Intersyndicale CGT/FO/CFTC/Sud

Collectif des urgences

Estelle Doche, IDE

Thomas Canas, IDE

Dr Rémy Lucas, urgentiste

Christine Gracia, Cadre supérieur du Pôle

Bastien Laroute, cadre de santé

AUTRES REGIONS

CH de Bourges

Agnès Cornillault Directrice générale

Dr Isabelle Meyer, Cheffe de service des urgences

CH de Nevers

Dr Bennaga, Responsable des urgences

Regis Dindaud Délégué ARS

CHU de la Martinique

Benjamin Garel, Directeur Général

Anne Calais, Secrétaire générale

Dr Papa Gueye, Chef de service SAMU 972

Dr Patrick René Corail

Dr Michel Bonnet, Pole gériatrie

Dr Hossein Mehdaoui, Pôle RASSUR

Dr Lucien Lin, Pôle Cœur, thorax et vaisseaux VPCME

M. Laudarin, Cadre supérieur de santé Pôle RASSUR

Stéphanie François, Directeur référent Pôle RASSUR

Odile Akrong, Directeur des soins

Yannick Philipbert, Directeur affaires médicales

CHU de Guadeloupe

Gérard Cotelon Directeur général

Pr Suzy Duflo, Présidente de la CME

Cedric Zolezzi Directeur général adjoint

Chantal Lerus : Directeur des affaires médicales

Dr Delphine Delta, Service des urgences

Dr Patrick Portecop, SAMU

Pr Michel Carles, DAR

CHU de Montpellier

Thomas Le Ludec, Directeur général

Pr Mustapha Sebbane, Service des urgences

Dr Hejazi, Service des urgences
Dr Vuillot, Service des urgences
Dr Pansard, Service des urgences

CHU de Nîmes

Nicolas Best, Directeur général
Pr de La Coussaye, Président de la CME
Dr Romain Genre-Grandpierre, Chef de service des urgences
Pr Pierre-Géraud Claret, CDS adjoint SAMU -SAU
Dr Gilles Faure, CUMP
Dr Olivier Onde, Service des urgences
Dr Pansard, PH médecine d'urgence CHU Nîmes
Dr Fasula, PH MU CHU Nîmes
Dr Hernandez, PH MU CHU Nîmes

SDIS 30 :

Dr Agopian, Médecin chef, Contrôleur général SIMONET SDIS 30
Dr Robert Crauste, Maire du Grau du Roi

Polyclinique Grand Sud (PGS) Nîmes:

Thierry Peterschmitt, Directeur délégué
Dr Pascal Kerdranvat, Urgentiste PGS

CH d'Alès

Dr Gaizi, Chef de service Urgences CH Alès
Dr Merabet, Urgentiste CH Alès

Représentation des CH de la RÉGION PACA

Dr André Puget, Chef de service par intérim SAMU 13
Dr Philippe Garitain, CH Saint-Tropez
Dr Catherine Velly, SAMU Toulon
Dr Muriel Vergnes, SAMU Toulon, responsable du SMUR maritime méditerranée, SG SUDF
Dr James Couvreur, SAMU Toulon, CESU 83

CH Avignon

Dr Fanny Virard, SAMU 84

PASS

Docteur Adeline SCANVION, coordination régionale des PASS Pays de la Loire

Stéphanie CHIARAMELLO, coordination régionale des PASS Occitanie

Muriel SCHWARTZ, coordination régionale des PASS Occitanie

Docteur Alain ANDREY, coordination régionale des PASS Région Grand Est

Valérie RAMBOUR, coordination régionale des PASS Région Grand Est

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

SERVICE D'ACCES AUX SOINS

Ministère des solidarités et de la santé

Cabinet de la Ministre des solidarités et de la santé

Thomas DEROCHE, directeur adjoint de cabinet, Santé

Direction générale de la santé (DGS)

Jérôme SALOMON, directeur général de la santé

Jean Marc PHILIPPE, conseiller médical

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Sylvie ESCALON, sous directrice, responsable de la régulation de l'offre de soins

Michel Varroud-Vial, conseiller médical auprès de la DGOS

Elsa VERGIER, chef du bureau « premier recours »

Julie BARROIS, adjointe à la chef de bureau « premier recours »

Nathalie DUPARC, chargée de mission PDSA

Laurent GABOT, économiste de la santé

Caroline LE GLOAN, cheffe de bureau systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Marie-Gabrielle RIETSCH, chargée de mission, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Marielle GONZALEZ-GOMEZ, chargée de mission, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Cécile TAGLIANA, chef de service, service des politiques sociales et médico-sociales, adjointe de la directrice générale de la cohésion sociale

Catherine MORIN, adjointe sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Thimothée MANTZ, adjoint au sous-directeur, sous-direction du financement du système de santé

Laurent BUTOR, chef de bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux

Emmanuel FRERE-LECOUTRE, chef de bureau des relations avec les professionnels de santé

Délégation ministérielle du numérique en santé (DNS)

Laura LETOURNEAU, responsable et déléguée ministérielle du numérique en santé

Dominique PON, responsable et délégué ministériel du numérique en santé

Secrétariat général des ministères sociaux

Hélène BISSET, directrice, direction des systèmes d'information

Yann-Fanch MADAULE, chef de mission modernisation technique

Saniya AL SAADI, Eric HEIJLIGERS, Thomas MENANT, équipe incubateurs des ministères sociaux

Giovanna MARSICO, déléguée au service public d'information en santé (SPIS)

Rachel DURIEZ, chargée de mission, service public d'information en santé (SPIS)

Geoffroy FILHO, chargé de mission

Organismes publics de niveau national

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Nicolas REVEL, directeur général

Delphine ROUILLEAULT, directrice de Cabinet

Annelore COURY, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Franck de RABAUDY, responsable du département des professions de santé

Sandrine FRANGEUL, adjointe du responsable du département des professions de santé

Delphine CHAMPETIER, directrice de l'offre de soins, direction déléguée à la gestion et l'organisation des soins

Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP)

Annie PREVOST, directrice

Sébastien BACHEM, directeur du pôle projets e-santé

Mikael UGUEN, directeur de programme SI-SAMU

Matthieu CROUZET, chargé de mission

Sylvie BERTRAND, chargée de mission

Charles-Marie FRANCOIS, Cabinet Accenture en appui de l'ASIP

Sophie GUILPAIN, Cabinet Accenture en appui de l'ASIP

Représentants des services d'urgence et des SAMU

SAMU-Urgences de France

François BRAUN, président

Tarak MOKNI, vice-président

Association des médecins urgentistes de France

Patrick PELLOUX, président de l'association des médecins urgentiste de France

Société française de médecine d'urgence

Agnès RICARD-HIBON, chef de service SAMU 95, présidente

Médecins de SAMU

Joël JENVRIN, responsable médical SAMU de Loire-Atlantique –SMUR de NANTES

Caroline LION, SAMU Paris

Dominique SAVARY, SAMU Angers

Paul PETIT, SAMU Angers

Henri DELELIS-FANIEN, SAMU Poitiers

Caroline TELION, Médecin conseil APHP, Médecin référent qualité SAMU de Paris, Hôpital Necker Enfants Malades

Représentants des assistants de régulation médicale

Union nationale des assistants de régulation médicale (UNARM)

Delphine BRIARD

Soizic CHANTEPIE

Nicolas TONDELLIER

Patrice BEAUVILAIN, secrétaire général

Association française des assistants de régulation médicale (AFARM)

Tony THIBAUT, responsable communication, membre du bureau

Christine ROUSSEAU-BOULIER, déléguée départementale du SAMU 78

Delphine PIERRE, déléguée départementale SAMU 36

Ministère de l'Economie et des Finances, Direction générale des entreprises, Commissariat aux Communications électroniques de défense

Didier VIDAL, Administrateur interministériel aux communications électroniques de défense, Service de l'économie numérique

Daniel HADOT, chargé de mission, Commissariat aux communications électroniques de défense

Mission interministérielle de modernisation, de l'accessibilité et de la réception des communications d'urgence pour la sécurité, la santé et les secours (MARCUS)

Yann PENVERNE, directeur de projet « Santé »

Romain MOUTARD, directeur de projet « Intérieur »

Ministère de l'Intérieur

Direction générale de la sécurité civile et de la gestion de crise

Julien ANTHONIOZ-BLANC, sous-directeur des services d'incendie et des acteurs de secours, direction des sapeurs-pompiers

Yannick MORIAUX, chef de bureau de l'organisation et des missions de services d'incendie et de secours

Représentants des professionnels de médecine libérale

MG France

Jacques BATTISTONI, médecin, président de la Fédération française des médecins généralistes

Margot BAYART, médecin, première vice-présidente

Roland RABEYRIN, médecin, chargé de mission PDSA

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Jean Paul ORTIZ, médecin, président

Luc DUQUESNEL, médecin

Stéphane LANDAIS, médecin

Syndicats des médecins libéraux (SML)

Philippe VERMERSCH, médecin, président

Guilaine KIEFFER-DESGRIPPES, médecin, présidente de l'union régionale des professionnels de santé du Grand Est

Fédération des médecins de France (FMF)

Jean Paul HAMON, médecin, président

Claude BRONNER, médecin

Philippe PARENT, médecin

SOS Médecins

Pierre-Henry JUAN, médecin, président

Serge SMADJA, médecin, secrétaire général

Autres médecins généralistes

Médecins de régulation médicale

Jean-Marc CASTADERE, médecin de régulation médicale, Fédération des associations de régulation de Midi-Pyrénées (FARMIP)

Didier LYON, médecin de régulation médicale

Médecin généraliste

Stéphane ATTAL, médecin généraliste en Franche Comté

Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes installés et Remplaçants ReAGJIR

Laure DOMINJON, présidente

Barbara TRAILIN, vice- présidente

Représentants des professionnels pharmaciens

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

Elodie CHARDAC

Fabrice CAMAIONI

Union de syndicats de pharmaciens d'officine

Gilles BONNEFOND

Bénédicte BERTHOLOM

Représentants des professionnels dentistes

Les chirurgiens-dentistes de France (LesDF)

Marco MAZEVET

Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL)

Thomas Mc DONALD

Représentants des professionnels infirmier(es)

Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux

Catherine KIRNIDIS

Anne-Laure ALBISETTI

Union nationale des infirmières en pratique avancée

Tatiana HENRIOT

Représentants des professionnels kinésithérapeutes

Fédération française des masseurs kinésithérapeutes

Olivier-Jean MARTY

Daniel PAGUESSORHAYE

Laurène PLOYART

Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes

Mickaël MULON

Yvan TOURJANSKY

Représentants des sapeurs- pompiers

Fédération Nationale des sapeurs- pompiers de France (FNSPF)

Marc VERMEULEN, contrôleur général, conseiller du président, chargé de la doctrine opérationnelle

Association nationale des directeurs et directeurs adjoints des Services d'Incendie et de Secours (ANDSIS)

Bernard KAISER, colonel, directeur adjoint SDIS du Rhône

Louis-Marie DAOUDAL, colonel, directeur adjoint SDIS Ile et Vilaine

Représentants des centres de santé

Fédération nationale des centres de santé

Hélène COLOMBANI, médecin, présidente

Union syndicale des médecins salariés de centre de santé (USMCS)

Eric MAY, président,

Frédéric VILLEBRUN, Secrétaire général

Représentant des internes de médecine générale

Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

Lucie GARCIN, présidente

Représentant de centre d'enseignement des soins urgents (CESU)

Christine AMMIRATI, Chef de pôle, Centre hospitalier universitaire Amiens-Picardie, Centre d'enseignement des soins urgents (CESU)

Personnalités qualifiées

Pierre THOMAS, chef du pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire au CHRU de LILLE, président du Comité national de pilotage de la psychiatrie coordonnateur du groupe national de prévention du suicide

Frank BELLIVIER, chef du service de psychiatrie adulte du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal (AP-HP) et délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie

Représentant de service de recherche en économie de la santé

Denis RAYNAUD, directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Représentant des URPS de médecine libérale

Mylène ROUZAUD-CORNADAS, Union régionale des professionnels de santé, médecins libéraux, région Centre-Val de Loire

Représentant des communautés professionnelles territoriales de santé

Claude LEICHER, Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé

Représentants des équipes de soins coordonnés

Pascal GENDRY, Président AVECSanté (Avenir des équipes coordonnées) ancienne fédération française des maisons et des pôles de santé

Didier MENARD, Secrétaire général AVECSanté

Représentant des agences régionales de Santé

Christophe LANNELONGUE, Directeur général de l'ARS Grand Est

Jean Yves GRALL, Directeur général de l'ARS Auvergne Rhône Alpes

Brigitte SCHERB, Directrice de l'animation et de l'organisation des structures de Santé, ARS Guadeloupe

Jean Michel BRIATTE, conseiller médical, ARS Guadeloupe

Romain HELLMANN, médecin, Responsable du département Soins non Programmés, Direction de l'offre de soins, Agence Régionale de Santé d'Ile de France

Représentants des élus locaux

Association des régions de France

Claire BERNARD, conseillère santé

Association des départements de France

Jean Michel RAPINAT, conseiller politiques sociales

Jacques MERINOT, conseiller sécurité des territoires (SDIS)

Représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins

François SIMON, président de section

Francisco JORNET, Juriste

Représentants des conférences nationales

Conférence Nationale des Directeurs de centres hospitaliers (CNDCH)

Francis SAINT HUBERT, président

Laurence BERNARD, membre du bureau

Conférence Nationale des Présidents de Commission Médicales d'Établissements des centres hospitaliers universitaires

François Henri PRUVOT, président

Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements de centres hospitaliers

Thierry GODEAU, président

Organisation représentative des usagers

France Assoc Santé

Claude RAMBAUD, vice-présidente

Alexis VERVIALLE, chargé de mission offre de soins

Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, chargé de mission

Représentants des industriels des outils numériques

Alturgences

Jérôme VERNHES, fondateur

Thomas VERNHES, fondateur

Société DOCTOLIB

Stanislas NIOX-CHATEAU, co-fondateur et président

Henri PITRON, directeur de la communication et des affaires publiques

Sanche d'ABRAVANEL, chef de projet

Clara LEONARD, responsable de la stratégie

Louis MARTY, directeur des affaires publiques

Société ENTR'ACTES

Philippe PARANQUE, concepteur, animateur médical

Société EURASANTE

Perrine LESPAGNOL, directrice adjointe

Les Entreprises de Télémedecine (LET)

François LESCURE, président de l'association LET

Marie-Laure SAILLARD, vice-présidente de l'association

Laurent HAAS, praticien hospitalier

Médical Intelligence Service (M.I.S)

Loïc ETIENNE, médecin urgentiste

Fabienne OSTERMEYER, Directrice

Société MBT

Manuel ALBORZI, gérant

Groupement régional d'appui au développement de la e-santé Grand Est : PULSY (GIP)

André BERNAY, directeur du GIP Pulsy

Jérôme BOUTET, chef de projet

Urgences Chrono

Céline JARDY -TRIOLA, présidente, médecin généraliste, cofondatrice

André MARVIE, directeur général

SIGLES UTILISES

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
AME-AMU	Aide Médicale d'Etat
AMU	Aide médicale urgente
AMUF	association des médecins urgentistes de France
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
APJA	Agent de police judiciaire adjoint
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARM	Assistant de Régulation Médicale
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	agence française de la santé numérique
ATU	Accueil et traitement des urgences
AVC	Accident vasculaire cérébral
BMJL	Besoin Journalier Minimum en Lits
CCED	commissariat aux communications électroniques de défense
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CFAR	Centres de formation d'assistant de régulation médicale
CHG	Centre Hospitalier Général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICRESCE	Commission Interministérielle de Coordination des Réseaux et des Services de Télécommunication pour la défense et la sécurité publique
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNUH	Conseil national de l'urgence hospitalière
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CS	Consultation
CSP	Code de la Santé Publique
CTA	centre de traitement de l'alerte
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DNS	délégation ministérielle du numérique en santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRM	dossier de régulation médicale
ECG	Electrocardiogrammes
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Equipes mobiles gériatriques
ESP	Equipe de Soins Primaires
FAU	Forfait annuel des urgences
FEDORU	Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
FIR	fonds d'intervention régional
FST	Formation Spécialisée Transversale
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HT	Hébergement temporaire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFAQ	Incitation Financière pour l'Amélioration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IOA	Infirmiers organisateurs de l'accueil
IPA	Infirmiers en pratique avancée
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LRM	logiciel de régulation médicale
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MG	médecin généraliste
MIG	mission d'intérêt général
MMG	Maison médicale de garde
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
MT	Médecin Traitant
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONVS	Observatoire National des Violences en Milieu de Santé
PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PDAAU	Plans Départementaux d'Acheminement des Appels d'Urgence
PDS	Permanence des Soins
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
PDES	permanence des soins en établissement de santé
PFLAU	plateforme de localisation des appels d'urgence
PH	Praticien Hospitalier
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
POSU	Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences

PS	professionnel de santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PUMA	Protection Universelle Maladie
RH	Ressources Humaines
ROR	répertoire opérationnel des ressources
RSA	Résumé standardisé anonymisé
SAE	Statistique Annuelle des Établissements
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	service d'accès aux soins
SAU	Service d'accueil des urgences
SAUV	Salle d'Accueil des Urgences Vitale
SDIS	services départementaux d'incendie et de secours
SFMU	société française de médecine d'urgence
SI	Système d'Information
SLD	Soins de Longue Durée
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SNIIRAM	Système national d'information inter régimes de l'Assurance Maladie
SNMRH	Syndicat national des médecins remplaçants des hôpitaux
SNP	Soins Non Programmés
SNS	stratégie nationale de santé
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SUDF	Samu urgences de France
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TIIH	Transport infirmier inter hospitalier
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UPATOU	Unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences
VSAV	véhicule de secours et d'assistance aux victimes
VSL	Véhicule sanitaire léger