

**MISSION FLASH
SUR LES URGENCES
ET SOINS NON
PROGRAMMÉS**

06.2022

AUTEURS

Mission pilotée par

Dr François Braun, Président de SAMU-Urgences de France

Avec l'appui de

Pr Karim Tazarourte, Président de la Société Française de Médecine d'Urgence

Dr Antoine Leveneur, Président de la Conférence nationale des URPS de médecins libéraux

Dr Delphine Tortiget, médecin généraliste

Thomas Deroche, Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de Normandie

La crise que vivent actuellement les services d'urgence n'est que la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde qui touche l'ensemble de la réponse aux besoins de soins urgents et de soins non programmés et plus largement l'ensemble de notre système de santé. Acutisée par des pénuries de personnels médicaux et non médicaux au sein de l'hôpital, conséquence indirecte de la pandémie de Covid-19, cette crise atteint des proportions qui peuvent mettre en danger dès cet été la permanence et la continuité des soins. D'autant qu'au-delà des difficultés mentionnées et des risques habituels liés à la période estivale, on assiste à la reprise des contaminations par le coronavirus.

Dans ce contexte, la Ministre de la Santé et de la Prévention a chargé le Docteur François Braun, Président de SAMU-Urgences de France, d'une mission « flash » destinée à affiner le diagnostic des difficultés, proposer des solutions rapides permettant d'améliorer la situation pendant l'été, et enfin tracer des pistes pour les réformes à conduire dans les mois qui viennent (lettre de mission en annexe).

Pour cette mission, le Docteur François Braun s'est entouré du Professeur Karim Tazarourte, urgentiste, Président de la Société Française de Médecine d'Urgence, du Docteur Antoine Leveneur, médecin généraliste, Président de la CN-URPS, du Docteur Delphine Tortiget, médecin généraliste et de Thomas Deroche, Directeur général de l'ARS Normandie.

En plus des nombreux entretiens et contributions de professionnels de santé mais également d'élus, l'équipe a effectué des déplacements dans des territoires touchés par les difficultés et ayant mis en place des solutions novatrices. De tous ces échanges, il ressort qu'une mobilisation nouvelle est née des difficultés traversées, au-delà des clivages habituels. Libéraux et hospitaliers sont attelés, ensemble et avec le soutien bienveillant des collectivités et des patients, à surmonter ces difficultés inédites. Ils attendent que leur démarche soit portée, reconnue et amplifiée par la puissance publique.

Après une analyse de la situation basée sur les remontées des professionnels et les constats de l'assurance maladie et du ministère, et un bilan d'étape de l'application sur le terrain des mesures du pacte de refondation des urgences (2019), la mission propose **41 recommandations pour l'été** qui ont vocation à s'appliquer à l'ensemble des professionnels de santé ainsi qu'aux établissements publics et privés, et présente ses éléments de réflexion sur la teneur des discussions à entamer dans le cadre de la concertation des parties prenantes de la santé.



Dans la continuité des rapports « Grall » (2015) et « Carli-Mesnier » (2019), la mission a décidé de présenter ses recommandations selon 4 axes :

1. PROPOSER, EN AMONT, DES PARCOURS DE SOINS ADAPTÉS SANS RECOURIR AUX URGENCES

ORIENTER LES PATIENTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

OPTIMISER LE TEMPS MÉDICAL ET AUGMENTER LES CAPACITÉS DE RÉPONSE À LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMÉS EN VILLE

S'APPUYER SUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX D'UN TERRITOIRE

2. MAINTENIR LA RÉPONSE AUX URGENCES VITALES ET/ OU GRAVES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET EN PRÉHOSPITALIER

MAINTENIR LE MAILLAGE TERRITORIAL DES SMUR

3. SOUTENIR ET PRÉSERVER LES ÉQUIPES DES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE

LIMITER L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE EN LA CONCENTRANT SUR LEUR PLUS-VALUE

RENFORCER LES EFFECTIFS

RECONNAÎTRE LA PÉNIBILITÉ DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

4. FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS À PARTIR DES URGENCES (AVAL)

41 recommandations

pour préserver notre réponse aux soins urgents et/ou non programmés cet été

1. PROPOSER, EN AMONT, DES PARCOURS DE SOINS ADAPTÉS SANS RECOURIR AUX URGENCES.

ORIENTER LES PATIENTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Recommandation n°1 : Informer la population avec une campagne nationale sur le bon usage des services d'urgence

Recommandation n°2 : Faciliter le recrutement d'ARM en repoussant l'échéance de certification de décembre 2023

Recommandation n°3 : Financer la mise à niveau des effectifs ARM (y compris en SAS)

Recommandation n°4 : Permettre aux médecins régulateurs généralistes en journée d'être collaborateurs occasionnels du service public

Recommandation n°5 : Ouvrir le SAS à l'ensemble des professionnels de santé afin de développer des filières directes de prise en charge sans passer par les urgences

Recommandation n°6 : Garantir la rémunération forfaitaire « brut » de 4G/heure aux médecins régulateurs généralistes

Recommandation n°7 : Accompagner de façon pragmatique le déploiement d'ici l'automne 2022 de l'utilisation de la plateforme numérique du SAS sur tout le territoire national

OPTIMISER LE TEMPS MÉDICAL ET AUGMENTER LES CAPACITÉS DE RÉPONSE À LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMÉS EN VILLE

Recommandation n°8 : Prolonger et faciliter, en lien avec les ordres professionnels, l'autorisation de cumul d'activité titulaire/remplaçant au-delà du 1er juillet (MG et IDEL)

Recommandation n°9 : Favoriser l'activité des médecins retraités

Recommandation n°10 : Attribuer, à titre dérogatoire et temporaire, un supplément de 15 € pour tout acte effectué par un médecin libéral à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle, dans la limite d'un plafond hebdomadaire.

Recommandation n°11 : Élargir le principe de PDSA au samedi matin dans le cadre d'une réponse organisée et formalisée

Recommandation n°12 : Financer le déploiement des unités mobiles de télémedecine intervenant sur demande du SAMU/SAS

Recommandation n°13 : Maintien de la prise en charge à 100% des téléconsultations sur l'été

Recommandation n°14 : Autoriser, sur prescription de la régulation médicale, le transport sanitaire vers les cabinets médicaux et MMG

Recommandation n°15 : Revoir à la hausse le plafond d'heures TSU envisagées dans le modèle de simulation, considérés comme trop justes au regard des travaux de projection territoriale en cours

S'APPUYER SUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX D'UN TERRITOIRE

Recommandation n°16 : Mobiliser les infirmier(e)s libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS.

Recommandation n°17 : Simplifier radicalement pour l'été la mise en application des protocoles de coopération entre professions de santé sous coordination médicale dans les territoires fragiles volontaires

2. MAINTENIR LA RÉPONSE AUX URGENCES VITALES ET/OU GRAVES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET EN PRÉHOSPITALIER

MAINTENIR LE MAILLAGE TERRITORIAL DES SMUR

Recommandation n°18 : Prioriser le maintien d'une ligne de SMUR mutualisée avec les urgences en organisant parallèlement la continuité des soins au sein de l'établissement.

Recommandation n°19 : Élargir à H24 les horaires de permanence pour les HéliSMUR en H12/14 dans les zones en difficulté

Recommandation n°20 : Renforcer les liens et développer les médecins correspondants du SAMU (MCS) dans les zones sous-denses

Recommandation n°21 : Redéployer les VLI sapeurs-pompiers en fonction des besoins de la population (zones « blanches »)

Recommandation n°22 : Équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU)

3. SOUTENIR ET PRÉSERVER LES ÉQUIPES DES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE

LIMITER L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE EN LA CONCENTRANT SUR LEUR PLUS-VALUE

Recommandation n°23 : Réguler les admissions en service d'urgence, soit par organisation d'un triage paramédical à l'entrée (avec forfait de réorientation structuré par le SAS), soit par la régulation médicale préalable systématique par le SAMU/SAS

Recommandation n°24 : Autoriser la suspension d'activité partielle d'un SU dans une logique territoriale

RENFORCER LES EFFECTIFS

Recommandation n°25 : Organiser la PDSES à l'échelle d'un territoire en associant les spécialistes privés et publics sous la coordination de l'ARS

Recommandation n°26 : Autoriser les DES avec licence de remplacement à travailler à l'hôpital public

Recommandation n°27 : Contractualiser la participation des membres du 3SM à l'activité des urgences hospitalières

Recommandation n°28 : Prolonger l'autorisation d'exercice des PADHUE

Recommandation n°29 : Autoriser le TTA pour les docteurs juniors (DES)

Recommandation n°30 : Favoriser le recrutement de professionnels de santé libéraux qui acceptent de participer à l'activité hospitalière en plus de leur activité libérale

Recommandation n°31 : Fluidifier les parcours de soins non programmés relevant de la psychiatrie en incitant à l'organisation de lieux d'accueil non programmés intersectoriels d'aval du SAMU et des urgences.

Recommandation n°32 : Accélérer dans le cadre des accords locaux Ségur les titularisations des personnels NM en poste qui donnent satisfaction

RECONNAÎTRE LA PÉNIBILITÉ DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Recommandation n°33 : Majoration, pour l'été, de l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit pour les personnels médicaux et non médicaux, en attendant l'ouverture d'une négociation sur la reconnaissance globale de la pénibilité à l'issue de la conférence santé

Recommandation n°34 : Majoration de l'indemnité de sujétion de week-end et des heures de week-end pour les personnels lors des deux ponts estivaux (14 juillet et 15 août)

Recommandation n°35 : Soutenir les équipes de psychiatrie, de pédiatrie et de maternité de la chaîne urgences/SNP en accordant le bénéfice de la prime de risque aux centres d'accueil et de crise (anciennement urgences psychiatriques), aux urgences pédiatriques et aux urgences gynéco-obstétricales.

Recommandation n°36 : Prendre une position nationale sur attribution du budget PDSES aux urgences des établissements de santé privés

4. FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS À PARTIR DES URGENCES (AVAL)

Recommandation n°37 : Imposer à chaque ETS une organisation permettant au MGL de joindre directement un spécialiste de l'ETS

Recommandation n°38 : Mise en place obligatoire de la fonction de "bed manager" dans tous les ETS siège de SU

Recommandation n°39 : Mise en place d'une gestion territoriale des lits d'aval sous la responsabilité de l'ARS

Recommandation n°40 : Libéraliser l'hébergement d'urgence en EHPAD en proposant que les 15 premiers jours post-hospitalisation puissent être sous le régime de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

Recommandation n°41 : Améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile, notamment par l'évaluation HAD systématique à l'entrée en EHPAD et le développement de l'HAD comme alternative à l'UHCD (implantation d'un personnel de liaison HAD au SU)



SOMMAIRE

1. UN SYSTÈME DE SOINS NON PROGRAMMÉS ET/OU URGENTS USÉ PAR LA CRISE SANITAIRE ET LE RALENTISSEMENT DES RÉFORMES..... 13

UNE SITUATION FRAGILE SUSCEPTIBLE D'ENTRAÎNER UNE DÉGRADATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS.....	13
PACTE DE REFONDATION DES URGENCES : QUEL BILAN ?.....	17
CRÉER EN CABINET, EN MAISON ET CENTRE DE SANTÉ UNE ALTERNATIVE COMPLÈTE ET ATTRACTIVE	17
UNE PRIORITE : RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES D'URGENCE	20
UNE PRIORITE : FACILITER LA SORTIE DES PATIENTS DES SERVICES D'URGENCE	22
EN CONCLUSION.....	22

2. BOÎTE À OUTILS « D'URGENCE » POUR CET ÉTÉ23

PROPOSER, EN AMONT, DES PARCOURS DE SOINS ADAPTÉS SANS RECOURIR AUX URGENCES	23
ORIENTER LES PATIENTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	23
S'APPUYER SUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX D'UN TERRITOIRE.....	31
MAINTENIR LA RÉPONSE AUX URGENCES VITALES ET/OU GRAVES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET EN PRÉ-HOSPITALIER.....	32
MAINTENIR LE MAILLAGE TERRITORIAL DES SMUR.....	32
SOUTENIR ET PRÉSERVER LES ÉQUIPES DES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE	35
LIMITER L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE EN LA CONCENTRANT SUR LEUR PLUS-VALUE	35

RENFORCER LES EFFECTIFS.....	36
RECONNAÎTRE LA PÉNIBILITÉ DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL	39
FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS À PARTIR DES URGENCES (AVAL)	40

3. DES RÉFORMES EN PROFONDEUR À TRAVAILLER ENFIN, DANS LE CADRE DE LA GRANDE CONFÉRENCE SANTÉ DES PARTIES PRENANTES.....43

PISTES POUR L'AVENIR.....	43
AXE N°1 : COMPRENDRE LE COMPORTEMENT ET ACCOMPAGNER	43
AXE N°2 : FAIRE DU SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS LE CHEF D'ORCHESTRE DE LA RÉPONSE AUX DEMANDES D'AIDE MÉDICALE URGENTE ET DE SOINS NON PROGRAMMÉS NON COUVERTS PAR LES MÉDECINS TRAITANTS	44
AXE N°3 : LA QUESTION DES TERRITOIRES FRAGILES : ENJEUX DE LA TÉLÉMÉDECINE ET PERSPECTIVES SUR LA RESPONSABILITÉ TERRITORIALE EN MATIÈRE D'EXERCICE MÉDICAL.....	45
AXE N°4 : REDONNER DU TEMPS DE SOINS AUX SOIGNANTS (EN VILLE).....	47
AXE N°5 : ORGANISER LA RÉPONSE AUX SNP À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE	47
AXE N°6 : DYNAMISER LA POLITIQUE RH (HÔPITAL)	49
AXE N°7 : FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS.....	51
AXE N°8 : ÉVALUER ET PILOTER LA POLITIQUE MISE EN ŒUVRE	52

4. EN CONCLUSION53

ANNEXE55

UN SYSTÈME DE SOINS NON PROGRAMMÉS ET/OU URGENTS USÉ PAR LA CRISE SANITAIRE ET LE RALENTISSEMENT DES RÉFORMES

UNE SITUATION FRAGILE SUSCEPTIBLE D'ENTRAÎNER UNE DÉGRADATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

L'ANALYSE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Depuis plusieurs semaines, les professionnels de santé, s'inquiétant de la situation, ont multiplié les enquêtes sur la situation actuelle des hôpitaux et plus particulièrement des services d'urgence, épicerie de la crise actuelle. Il n'est pas dans notre objet de présenter les résultats exhaustifs de ces enquêtes, mais nous souhaitons mettre en avant les éléments saillants qui permettent de mieux comprendre la situation.

SAMU-Urgences de France présente, aujourd'hui, une liste malheureusement non exhaustive de 133 services d'urgence en difficulté (dont 11 dans les CHU et les deux CHR). Aucune région n'est épargnée. Quasiment tous (119/133) souffrent d'une pénurie de médecins urgentistes qui amène à supprimer des lignes de présence médicale, principalement la nuit (moins de médecins présents pour une activité identique). Cette solution, malheureusement nécessaire, est mortifère car faisant reposer plus d'activité sur les médecins restants elle les décourage et les pousse à leur tour à quitter le service. D'autres se résolvent, comme dans la Manche, à promouvoir une régulation médicale préalable à l'admission en SU. Les difficultés de personnel non médical sont relevées dans la moitié des établissements tout comme les difficultés à obtenir un lit d'aval pour les urgences. L'intérim médical est très largement sollicité créant un déséquilibre entre la demande et l'offre propice à des dérives financières.

La conférence des présidents de CME des centres hospitaliers (PCME-CH) a conduit une enquête début juin et a accepté, sur demande de la mission, d'y intégrer des questions plus spécifiques sur les urgences. L'immense majorité des établissements craignent des difficultés majeures dans l'offre de soins qu'ils apportent, à court ou même très court terme. Plus de la moitié (54% / 200 réponses) ont déjà mis en place une déprogrammation. Les difficultés concernant les services d'urgence sont principalement liées à un manque d'urgentistes (77%), de paramédicaux (60%) et de médecins de ville (64%). Les carences de lits d'aval représentent aussi 60% de établissements. Sur la situation globale des services d'urgence, 52% pensent qu'elle va se dégrader dans les prochaines semaines, 12% après l'été et seuls 20% pensent à une stabilisation de la situation. Des améliorations ne sont en vue que dans 3% des établissements. L'enquête relève également une inquiétude importante envers la situation des services de médecine et envers la psychiatrie.

La FHP-MCO a effectué en juin 2022 une enquête « flash » auprès de ses services d'urgence obtenant 90% des réponses (107 établissements). La grande majorité (87/107) déclare ne pas disposer de financement pour la PDSSE pour les urgentistes. Au cours des 5 derniers mois, 19 établissements ont eu recours à des fermetures de SU en journée, 24 la nuit et 13 ont dû fermer leur UHCD. Ces fermetures étaient liées, à parts égales, à la pénurie d'IDE ou de médecins urgentistes.

Pour les trois mois à venir, 40 établissements (37%) envisagent des fermetures principalement liées à une pénurie d'urgentistes.

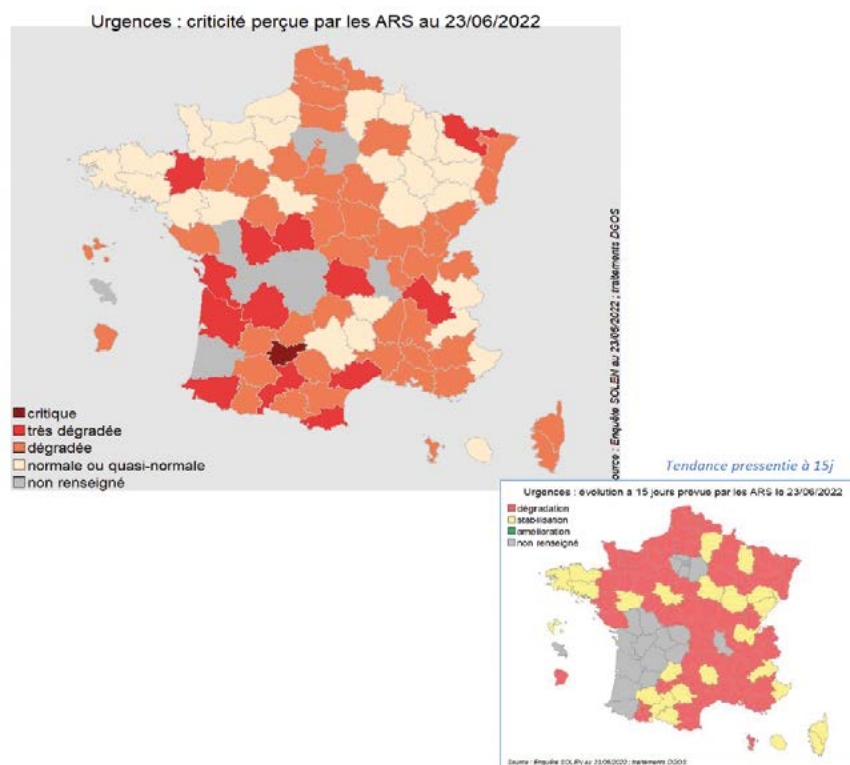
Rencontré par la mission, **l'intersyndicale Action Praticien Hôpital** nous a présenté des résultats partiels de son enquête « nuit blanche » (résultats annoncés pour le 1^{er} juillet) réalisée au mois de juin 2022 et ayant colligé plus de 7500 réponses de praticiens de l'hôpital public. La pénibilité de la permanence des soins entraînerait près de ¾ des médecins à considérer l'hypothèse d'un départ de l'hôpital public dans les 5 ans.

LES DONNÉES DE LA DGOS ET DE LA CNAM

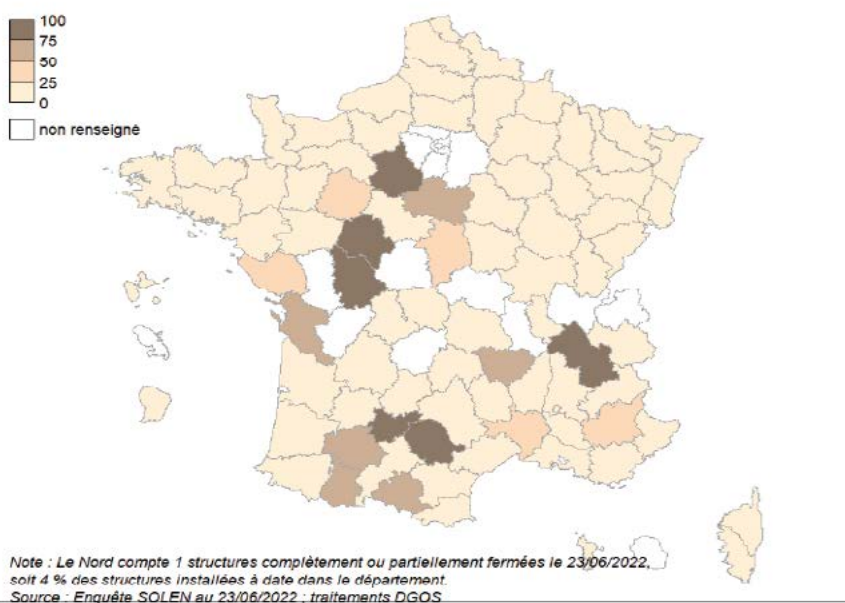
Afin d'objectiver, de manière complémentaire aux initiatives des réseaux professionnels, **la tension qui touche les services hospitaliers de médecine d'urgence, la DGOS** a structuré en vue de l'été une enquête hebdomadaire à destination des ARS, dont la première livraison est datée du 23 juin 2022.

Sans surprise, cette enquête révèle à date un niveau de tension élevé. Ainsi, sur les 446 services d'urgences pris en compte dans le cadre de cette enquête, pas moins de 49 sont en situation de fermeture partielle, 34 voient leur accès régulé, et 6 sont totalement fermés. Dans les $\frac{3}{4}$ des départements, au moins une difficulté de tension RH est rapportée, essentiellement en matière d'attractivité pour le personnel médical (74%), mais également pour le personnel non médical (39%).

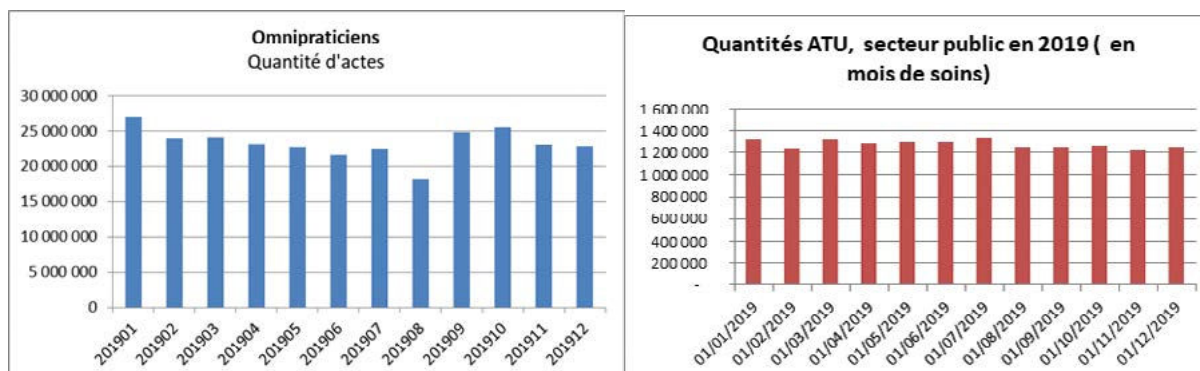
Surtout, une tendance généralisée à la dégradation s'annonce dans les prochaines semaines.



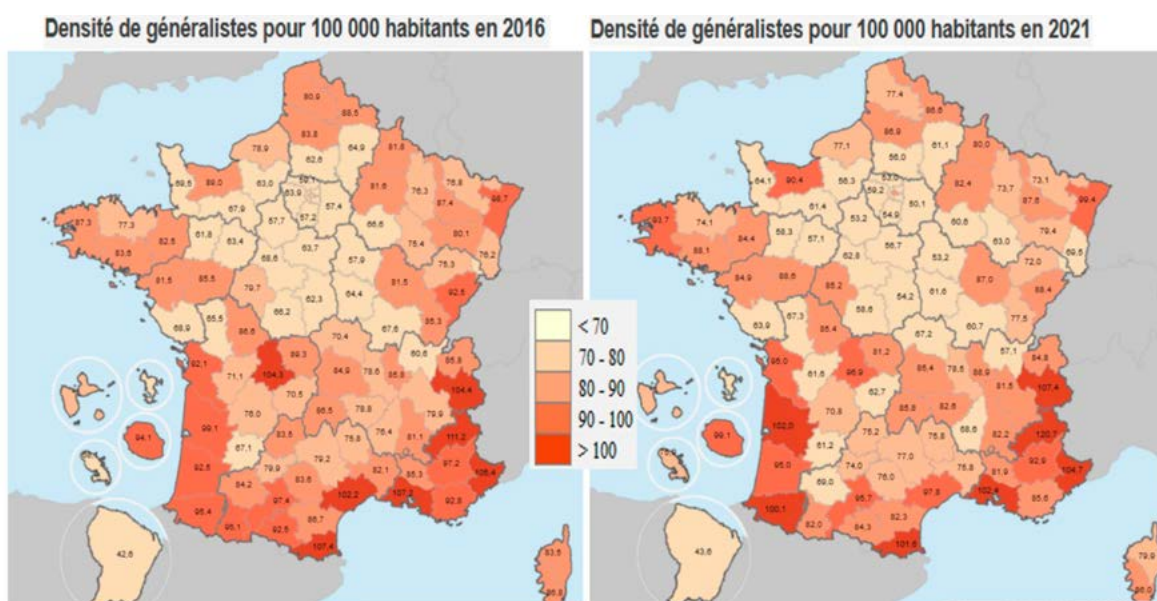
Part des structures d'urgence COMPLÈTEMENT OU PARTIELLEMENT FERMÉES le 23/06/2022 sur celles installées à date (en %)



Du côté des professionnels libéraux, les données de la CNAM confirment les difficultés intrinsèques de l'été, avec l'enjeu aigu du maintien de l'activité des urgences hospitalières au mois d'août, en contexte de décline concomitant de l'activité des médecins libéraux :



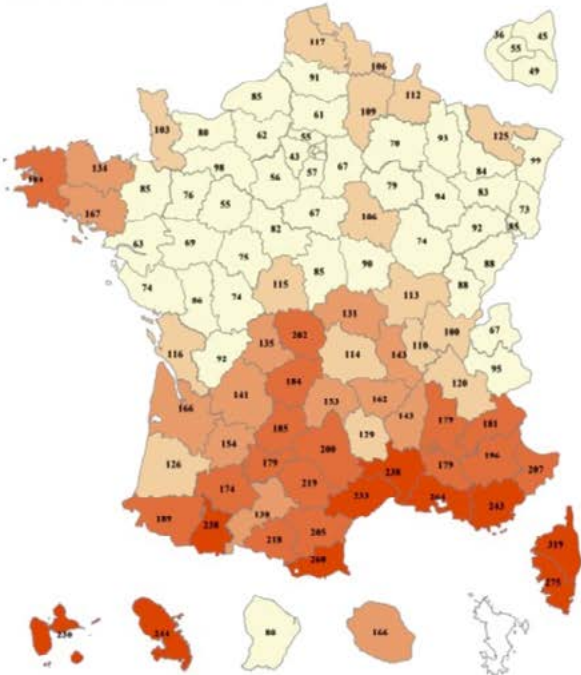
La perte de densité médicale, passée de 79,8 à 77,8 médecins pour 100.000 habitants en cinq ans, et devenue de plus en plus inégalitaire entre territoires, complexifie à l'évidence cette problématique. Pour autant, il faut noter que les plus fortes difficultés des services d'urgences ne concernent pas systématiquement, loin de là, les départements les moins bien dotés en médecins libéraux.



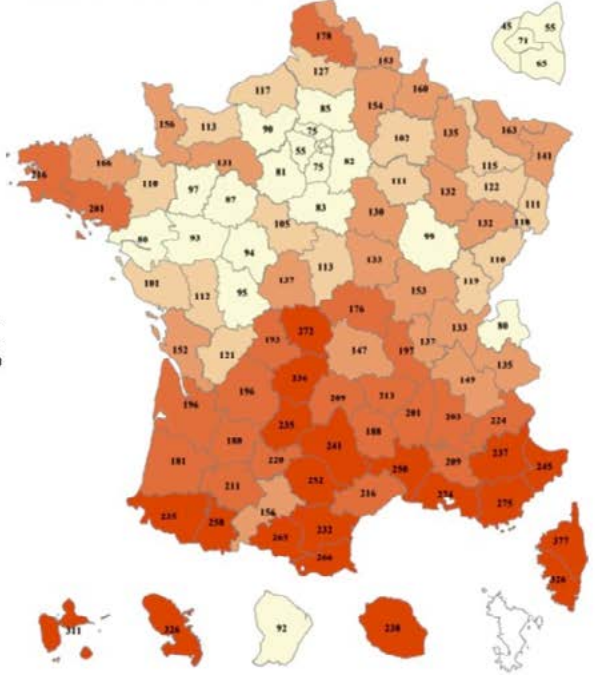
Ce constat tend à accréditer l'idée d'un potentiel à exploiter autour d'une meilleure articulation entre urgences hospitalières et soins non programmés de ville, à travers le rapprochement des acteurs et une meilleure structuration du système d'adressage des patients. En particulier, une attention renforcée à cette articulation apparaît déterminante sur les périodes de plus faible activité globale pour la médecine libérale (été et tous les week-ends de l'année).

Au-delà, des gisements de solutions doivent être tirés de l'expansion actuelle de certaines professions, en particulier les infirmiers libéraux. Puisque ces professions se détournent aujourd'hui un peu plus de l'hôpital, il convient à tout le moins de s'appuyer sur elles pour éviter la concentration d'une activité induite sur les urgences hospitalières.

Densité d'IDEL en 2013 (117/100 000 hab.)



Densité d'IDEL en 2021 (146/100 000 hab.)



PACTE DE REFONDATION DES URGENCES : QUEL BILAN ?

En septembre 2019, à l'issue de la mission du Professeur Pierre Carli, président du CNUH, et du député Thomas Mesnier, Agnès Buzyn, ministre de la Santé, dévoilait les 12 mesures du pacte de refondation des urgences. Ce pacte, en prenant en compte le parcours de soins complet en situation d'urgence, devait aboutir à une meilleure organisation et une forte diminution de la pression sur ces services. Même si la pandémie a perturbé le bon déroulement des mesures proposées, des ressources financières importantes ont été engagées (750 millions € jusqu'en 2022) et il est nécessaire de repartir du bilan de mise en œuvre du pacte de refondation des urgences pour identifier les leviers immédiats et de moyen terme à activer.

Mesure 1 : Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS) .

À la suite de la mise en place de 22 sites pilotes (dont 21 sont opérationnels aujourd'hui), l'extension à l'ensemble du territoire national doit débiter avec la publication attendue de l'instruction ministérielle de généralisation. Si les données objectives sont malheureusement insuffisantes pour chiffrer précisément les effets des SAS, leur mise en œuvre est reconnue comme positive, voire très positive, par les urgentistes et les généralistes libéraux. La partie « régulation médicale » est cependant plus facilement mise en œuvre pour le moment qu'une réelle « effectation de terrain » qui se heurte à des difficultés de démographie mais aussi et surtout à des obstacles tarifaires. L'avenant 9 de la convention entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie est ainsi vécu sur le terrain comme bloquant, trop complexe, par les MG libéraux.

Tous s'accordent pour dire que les relations ville/hôpital, généralistes/urgentistes se sont nettement améliorées lors de la crise sanitaire et avec la mise en place des SAS.

Parallèlement, la conception et le développement de la plateforme numérique du SAS a été réalisée par le ministère de la Santé et devrait être déployée rapidement.

 La mise en place des SAS doit donc s'amplifier. Elle apporte une plus-value dans l'amélioration des relations ville/hôpital et dans l'organisation des parcours de soins urgents et/ou non programmés.

CRÉER EN CABINET, EN MAISON ET CENTRE DE SANTÉ UNE ALTERNATIVE COMPLÈTE ET ATTRACTIVE

Mesure 2 : Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé

- **Structurer les soins non programmés à partir des CPTS**  : En application de l'ordonnance issue de la Loi OTSS, plusieurs textes réglementaires ont été publiés pour préciser le fonctionnement et les missions des CPTS, d'autres restent à paraître, en particulier le Décret en Conseil d'État précisant notamment le contenu et la durée de la convention conclue entre la CPTS, l'ARS et la CPAM territorialement compétentes, ainsi que les modalités de compensation des missions de service public (texte d'application de l'ordonnance). En décembre 2021, 260 CPTS sont en fonctionnement (+ 50% par rapport à juin) dont 231 ayant signé l'accord cadre interprofessionnel (ACI), couvrant 1/3 de la population française. Le niveau de maturité de ces CPTS est très hétérogène tout comme leur implication pratique dans l'organisation de la réponse aux soins non programmés. Il est à noter que, lorsque des solutions opérationnelles à la crise de l'accès aux soins urgents et non programmés sont identifiés localement, les CPTS en sont toujours parties prenantes (comme en Vendée par exemple). Afin de renforcer leur impact sur la réponse aux besoins de SNP et de contribuer à la construction d'une culture commune entre les libéraux et les hospitaliers, une présentation objective de l'organisation et des résultats de chaque CPTS devrait être présentée devant la section « urgences » du comité d'allocation de ressources mis en

place au sein de chaque ARS dans le cadre de la section « urgences » du comité d'allocation de ressources (CARU).

- **Assistants médicaux** ○ : Au 31/05/2022, la CNAM recensait 3 112 contrats d'assistants médicaux signés ou en cours de signature (869 fin février 2020). Ce déploiement, qui doit permettre de recentrer le temps médical sur la Santé (prévention, dépistage, soins et suivi) doit se poursuivre. La mise en place des assistants médicaux aurait augmenté, pour les médecins concernés, de 10% le nombre de patients pris en charge. Une politique de déploiement prenant en compte plus globalement la hausse de patientèle des praticiens selon le principe de besoins/responsabilité peut être une voie d'accélération possible.
- **Installer une maison médicale de garde à proximité des plus importants services d'urgence** ○ : Bien que les financements nécessaires à la création de 50 MMG supplémentaires aient été alloués fin 2019 (2,5m€) après identification par les ARS sur leur territoire de nouvelles implantations pertinentes de MMG en octobre 2019, aucune évaluation sur le nombre réel et l'activité de ces MMG n'a été conduite à ce jour. Leur lieu d'implantation, à proximité immédiate ou non d'un SU de plus de 50 000 passages, est encore discuté, a fortiori cette absence de consensus se renforce lorsque le principe de régulation médicale est bien implanté sur le territoire.

! Les CPTS sont un acteur essentiel de l'organisation territoriale des SNP. Leur déploiement doit se poursuivre mais un pilotage plus resserré doit se mettre en place pour améliorer leur niveau de maturité et leur efficacité réelle sur la prise en charge des SNP. Le déploiement des assistants médicaux doit être simplifié et s'accélérer à l'occasion de la négociation de la prochaine convention médicale, celui des MMG doit être mieux piloté/évalué.

Mesure 3 : Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences

- **Permettre au SAMU de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous en ville** ○ : Cette mesure, largement plébiscitée par les professionnels, est partiellement inscrite dans la réforme des transports sanitaires urgents. La liste des structures ambulatoires « éligibles » est à la main de l'ARS... Localement, le pilotage contraint de ce dispositif rend poussive l'application de cette mesure ; sans parler de son évaluation. Les retours à domicile depuis ces lieux de prise en charge ne sont pas couverts ce qui pose problèmes. Tout doit-il pour autant être pris en charge par la seule Assurance maladie ?
- **Systématiser le tiers-payant pour les actes de PDSA en MMG sur part AMO** ○ : Une délégation financière de 5 m€ a été faite fin 2019 pour accompagner l'équipement des médecins libéraux en terminaux mobiles et permettre le dispositif. Une enquête des acteurs pour connaître l'état du déploiement est un préalable nécessaire à la généralisation, que la crise sanitaire n'a pas permis d'effectuer.
- **Développer la biologie délocalisée dans le cadre de consultations sans rendez-vous en ville** ○ : Après de nombreuses réunions de concertation, les biologistes continuent de pointer une possible désorganisation associée à la biologie délocalisée en ville ainsi qu'une augmentation incontrôlée des actes. C'est pourquoi, à ce stade, dans le projet d'arrêté relatif à la biologie délocalisée, les lieux éligibles sont restreints aux centres de santé, maisons de santé et EHPAD, mais gagneraient à s'étendre aussi aux MMG, et les examens ouverts en biologie délocalisée sont restreints à une liste limitative. Des arbitrages restent donc encore à conduire à l'appui de la délégation de 55 m€ sur 4 ans (2021-24) qui est prévue. Les avis des MG à ce sujet sont divergents : la majorité semble considérer qu'en journée ils ont accès à un laboratoire de biologie et qu'aux horaires de PDSA, en cas de besoin de biologie urgente, c'est que la consultation relève de la mission des SU, d'autant que l'impact sur la surcharge des SU n'a pas été évalué.

! Au total, la question des transports de patients (transport sanitaire, taxi conventionné ou non, association agréées de sécurité civile, implication des élus locaux...) reste un important sujet de préoccupation dans la mesure où l'utilisation abusive des transports sanitaires désorganise l'ensemble des parcours de soins. Une réflexion spécifique sur ce sujet devrait être conduite avec tous les acteurs concernés.

Mesure 4 : Offrir aux professionnels non-médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients

- **Protocoles de coopération en ville (MK, pharmacien et IDE) ○ :** Depuis mars 2020, six protocoles de coopération ciblant des pathologies courantes simples de l'enfant et de l'adulte, sont autorisés pour les masseurs-kinésithérapeutes (Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville, de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines), pour les pharmaciens d'officine ou les infirmiers (renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans, prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans, prise en charge de l'odynophagie, prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse de l'enfant de 12 mois à 12 ans. L'appropriation de ces nouvelles coopérations demeure cependant (trop) faible sur le terrain, ces protocoles nécessitant un cadre de coopération pour être acceptés par tous les acteurs.
- **Infirmiers en pratique avancée sur le suivi des maladies chroniques ○ :** A ce jour, les données communiquées par la DGEIP mentionnent près de 400 diplômés IPA sur l'ensemble du territoire, hors territoires ultra-marins et toutes spécialités confondues. Selon les données fournies par l'ordre national des infirmiers (ONI), seuls 180 IPA sont inscrits au fichier ordinal leur permettant d'exercer « officiellement », dont la moitié est issue de la mention « pathologies chroniques stabilisées », 30% en mention « oncologie », 13% en mention « maladie rénale chronique » et 6% en mention « psychiatrie et santé mentale ». Sur ces effectifs, un recensement montre qu'une quarantaine d'IPA serait en exercice libéral à ce jour. Les IPA sont une mesure à moyen terme nécessitant une adaptation simultanée des conventions infirmière et médicale. L'existence d'un cadre de travail commun et concerté sera elle aussi déterminante.

! Ces mesures, pourtant essentielles pour redonner du temps médical, peinent à se déployer. Elles doivent être promues et certainement élargies et accélérées.

Mesure 5 : Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences

- **Admission directe des personnes âgées en hospitalisation sans passer par les urgences ○ :** Cette mesure du pacte de refondation des urgences a été reprise dans la mesure 28 du Ségur de la santé intitulée « Mettre en place une offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour les personnes âgées ». Une incitation financière à la généralisation de cette organisation dès la fin 2019 était prévue mais elle n'a pas encore été mise en place en 2022. Un calendrier sur la mise en place de cette incitation financière gagnerait à être présenté ainsi qu'un bilan sur l'organisation des parcours d'admission directe. Quels ont été les résultats atteints sur la base des financements déjà versés (100 millions d'€ par an d'incitation + 65 m€) ? Cette mesure doit voir son pilotage renforcé. Dans le cadre de la stratégie d'organisation des parcours et de l'offre de soins, un bilan devrait être présenté annuellement aux CARU.
- **Renforcement des équipes mobiles de gériatrie pour appuyer les EHPAD et les professionnels de ville ○ :** (INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021). Cette mesure financée à hauteur de 12 m€ pâtit des mêmes problématiques que pour les admissions directes.
- **Appui gériatrique et soins palliatifs aux SAMU et aux professionnels des EHPAD ○ :** (INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022). Cette mesure, financée à hauteur de 7 m€ pâtit des mêmes problématiques que les deux précédentes.

Mesure 6 : Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU-Centre 15

- **Vidéotransmission entre le SAMU et l'appelant ○ :** Cette mesure est financée pour les SAMU (2020) et un cahier des charges a été diffusé. Les SAMU s'équipent soit via leur éditeur de logiciel soit via le portail SI-SAMU qui permet cette fonctionnalité. Une enquête gagnerait à objectiver le niveau d'équipement et d'usage des SAMU.

UNE PRIORITE : RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES D'URGENCE

Mesure 7 : Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés

- **Antennes de médecine d'urgence non H24** ○ : Cette mesure est possible et encadrée dans le nouveau décret sur les autorisations de structures de médecine d'urgence qui a été examiné en Conseil d'État en décembre 2020 mais n'est toujours pas publié. A l'aulne de la crise actuelle, la notion d'antenne pourrait être complétée par une analyse de son activité : L'antenne de MU SU-SMUR avec un seul médecin la nuit est un compromis pragmatique pour les établissements à faible activité indispensables en termes de maillage. En revanche les SU H12 dérogatoires (sans SMUR) lorsqu'ils sont redondants et qu'on peut les fermer complètement, relèvent davantage de la notion de centre de soins non programmés que de médecine d'urgence. Sauf exception, leur maintien peut se justifier mais ils ne doivent plus apparaître comme service d'urgence. Leur maintien qui n'aurait pour objectif que de conforter un « affichage » de SU serait contre-productif pour les patients et pour l'organisation territoriale des RH de médecine d'urgence.
- **Transports paramédicalisés** ○ : Les transports infirmiers inter-hospitalier (T2IH) existent déjà et représentent la grande majorité des TIH pour ceux qui disposent d'une telle équipe. En 2020 ils n'ont pourtant représenté que 15% des TIH ce qui montre bien l'insuffisance de leur déploiement. Concernant les interventions primaires, des expérimentations sont en cours, y compris dans le cadre de solutions dégradées pour l'été 2022, sur le principe d'équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU) « avant-coureur » du SMUR. Concernant la gradation des interventions SMUR avec un niveau intermédiaire entre le secouriste et le médecin, qui pourrait être l'IPA-MU, des travaux sont en cours au sein des sociétés savantes (SUdF et SFMU) et devraient être présentés au CNUH à l'automne 2022. Les textes règlementaires devront, le cas échéant, être adaptés.

Mesure 8 : Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences

- **Protocoles de coopération soignants aux urgences** ○ : Deux protocoles de coopération ont été autorisés entre fin 2019 et début 2020 sur l'ensemble du territoire national : L'évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'IOA, en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un SU (arrêté d'autorisation publié le 14/12/2019) et la réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin (arrêté publié le 10/03/2020). A ce jour, peu de délégations ont été mises en œuvre (une centaine), témoignant soit de la méconnaissance de cette mesure, soit de freins opérationnels liés à la procédure, soit de difficultés d'effectifs pour qu'elles soient mises en œuvre ce qui est le plus probable. D'autres protocoles sont actuellement à l'étude et sont prêts à être adressés aux CNP pour consultation et à l'HAS pour instruction et avis.
- **Créer des infirmiers de pratique avancée aux urgences** ○ : Les textes ad hoc ont été publiés : Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences et Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique. Leur publication après la rentrée universitaire n'a pas réellement permis de mettre en œuvre ces formation même si les 5 premiers IPA mention « urgences » seront diplômés en juin 2022. La rentrée universitaire 2022 permettra de mieux évaluer l'impact de cette mesure. A noter que la grille salariale proposée pour un niveau « master 2 » est insuffisante.
- **Prime ARM** ○ : Dispositif publié au JO du 4 novembre 2019 : une prime de 120 € bruts mensuels est versée aux agents titulaires et contractuels qui exercent effectivement une fonction d'assistant(e) de régulation médicale (ARM) et qui ont obtenu le diplôme d'ARM.

Mesure 9 : lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical

Malgré ses intentions louables, force est de constater l'échec de cette mesure dans le contexte actuel de pénurie médicale. Ainsi, la Loi « Rist » du 26 avril 2021, qui prévoit le rejet du paiement des rémunérations irrégulières par le comptable public et la saisine du TA par le DGARS, a vu son application repoussée sous la pression des syndicats de praticiens hospitaliers comme des collectivités locales. Résultat, l'intérim « explose » et sa régulation est empêchée, aboutissant à des rémunérations indécentes, pouvant atteindre jusqu'à 5000 € pour 24h de travail.

Renforcement du contrôle de l'intérim médical : La Loi « Rist » du 26 avril 2021 prévoit la création d'un article permettant le rejet du paiement des rémunérations irrégulières par le comptable public et la saisine du TA par le Directeur général de l'ARS. Son application a été repoussée sur la pression des syndicats de praticiens hospitaliers...

Création d'une prime de solidarité territoriale (Décret n° 2021-1655 du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale) : cette nouvelle prime permet de mieux rémunérer un praticien qui accepte une activité dans un autre établissement public (activité bi- ou multisites), selon le principe « d'équipe de territoire ». Malheureusement, très peu d'application de la PST est faite sur la profession d'urgentistes dans le contexte actuel de pénurie. Une évaluation du nombre de PST signées (pilotage) serait nécessaire. A noter la demande du terrain de permettre le versement de cette prime aux médecins qui pratiquent la solidarité territoriale entre plusieurs sites d'une même entité juridique hospitalière.

- **Obligation d'assurance personnelle pour l'intérim** ○ : Cette mesure n'a pu être évaluée.
- **Attestation sur l'honneur pour le cumul d'activité** ○ : Cette mesure vise à contrôler les praticiens qui, en plus de leur temps plein hospitalier, exercent une activité d'intérim, souvent dans une autre région, alors que leur statut leur interdit, sauf dérogation de leur administration. En pratique il apparaît que les directions hospitalières le plus souvent signent cette dérogation sous la contrainte de peur de perdre leurs urgentistes. Certaines en font même un critère « d'appel » pour recruter ...
- **Développement de dispositifs de mutualisation inter-hospitalière (intérim public ou équipe commune de territoire)** ○ : Les exemples sont rares et leur application, dans le contexte de pénurie, est difficile. Toutefois, lorsque ces équipes existent, elles permettent d'organiser la gradation des adaptations en cas de tension sur les effectifs.

Mesure 10 : réformer le financement des urgences

- **Réforme du modèle de financement des urgences** ○ : La réforme a été portée dans la LFSS 2020 et plusieurs textes réglementaires ont été publiés en 2021, à l'issue d'une co-construction avec les acteurs aboutissant à un financement populationnel, à l'activité et à la qualité. La dotation populationnelle a été mise en œuvre à partir de 2021 et les forfaits à l'activité et le FPU l'ont été à compter du 1^{er} janvier 2022. Plusieurs travaux restent à finaliser : l'ajustement éventuel du modèle aux urgences pédiatriques, le développement des indicateurs de qualité et l'outillage nécessaire à une application régionale par les ARS en lien avec le CARU qui a été créé à cette occasion.
- **Expérimenter un forfait de réorientation aux urgences** ○ : L'arrêté lançant l'expérimentation a été publié le 6 mars 2021. 36 établissements de santé expérimentateurs ont été ainsi désignés dans 15 régions. Une évaluation est prévue début 2023, l'évaluation partielle a débuté. En cas de généralisation (création d'un nouveau forfait en PLFSS), l'articulation avec la réforme du financement des urgences devra faire l'objet d'une attention particulière.
- **Mettre en place un indicateur à la qualité lié à la fluidité des passages aux urgences** ○ : La mise en place de plusieurs indicateurs sur les durées de passage au SU (en particulier des indicateurs ciblés sur les personnes âgées, mais aussi pour les patients de moins de 75 ans non hospitalisés) a été travaillée dans le cadre du groupe de travail financement. Ces indicateurs feront l'objet d'un calcul à blanc en 2022 (sur données 2021 - impact Covid fort sur les données 2020), avant prise en compte dans le calcul de la dotation complémentaire qualité en 2023. Il faut signaler que l'indicateur « durée de passage » n'est que le « thermomètre de la situation », et que des indicateurs complémentaires doivent être trouvés (sont-ils disponibles ?) et validés pour qualifier vraiment la pertinence et la qualité de la prise en charge.

Mesure 11 : Renforcer la sécurité des professionnels travaillant aux urgences

- **Autoriser le chef d'établissement à porter plainte et à se constituer partie civile ○ :** Les suites données à cette mesure ne sont pas connues.
- **Lors des rénovations des services d'urgence, prendre en compte systématiquement les questions de sécurité des professionnels et d'amélioration des conditions de travail ○ :** Les suites données à cette mesure ne sont pas connues.

UNE PRIORITE : FACILITER LA SORTIE DES PATIENTS DES SERVICES D'URGENCE

Mesure 12 : Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées

Mesure phare du pacte de refondation des urgences. La fluidification de l'aval est un enjeu essentiel pour améliorer les prises en charge et les conditions de travail des soignants. Malgré les engagements et mesures prises, force est de constater que les résultats sur le terrain se font attendre. Si l'on peut comprendre le retard pris pendant la pandémie, d'autant que pendant celle-ci les parcours étaient particulièrement fluides, la reprise d'activité s'est accompagnée du retour des difficultés d'aval des urgences, accentuées par les fermetures de lits pour cause d'effectifs insuffisants. Fluidifier l'aval reste donc un enjeu majeur aujourd'hui.

- **Inscription d'un engagement sur l'aval des urgences dans les CPOM, le règlement intérieur et les contrats de pôle ○ :** La mesure a été discutée dans le cadre de la réforme des autorisations de médecine d'urgence. Le décret de la réforme des autorisations a été soumis au Conseil d'État le 15 décembre 2021. Sa publication est retardée en raison d'un calendrier politique contraint. Cette mesure devra être portée dans le cadre de la réforme du CPOM si l'on veut la rendre vraiment efficace.
- **Une cellule interne de gestion des lits dans tous les GHT ○ :** Les financements prévus au titre du Pacte ont été attribués en partie fin 2020 (22 m€ attribués au total et le financement de 35 m€ annuels, pérenne) : 4 ARS (IDF, ARA, HDF, Occitanie) ont bénéficié d'une aide pour développer un outil régional, ainsi que 3 établissements pilotes sur la base de modèles organisationnels innovants faisant appel à des méthodologies différentes de celles habituellement utilisées dans le monde de la santé : notion de simulation, intelligence artificielle, innovation technologique et sociale. Fin 2021, il est apparu nécessaire d'élargir le financement à tous les établissements publics et privés et de mettre en cohérence l'ensemble des actions dédiées à l'amélioration de la gestion des lits. Le 8 avril 2022, un retour d'expérience et de partage des actions a été réalisé avec l'ensemble des ARS dont les conclusions n'ont pas été partagées avec les professionnels, bien que les ARS aient évoqué un besoin complémentaire en matière d'investissement dans ce dispositif. En parallèle, des financements spécifiques pour l'acquisition et la mise en œuvre de logiciels de gestion des lits ont été déployés (5 m€) avec un appel à projet lancé fin 2020 et un financement complémentaire de 4 M€ a été demandé en FMIS pour 2021 et 2022. Il est nécessaire de partager le retour d'expérience des ARS avec les professionnels et de présenter aux CARU un retour sur l'usage de ces financements conséquents, les effets sur le terrain sont peu perceptibles.
- **Diffuser l'indicateur de besoin en lits (BJML) dans tous les établissements et GHT ○ :** Une instruction à l'attention des ARS sur la production du besoin journalier minimal en lits (BJML) a été publiée le 07/11/2019. Fin décembre 2019, l'indicateur a été mis à disposition de tous les établissements selon les remontées ARS, souvent par le réseau des observatoires régionaux des urgences, mais les applications sur le terrain se font attendre.
- **Inciter à l'hébergement temporaire en EHPAD post-urgences par une baisse du reste à charge ○ :** Si le dispositif a été mis en place en 2019, c'est surtout dans le cadre de la pandémie qu'il a pu être opérationnel. Il est nécessaire de communiquer un bilan des conventions signées, du financement alloué depuis 2019 et de ces actions en régions (=nombre de patients concernés par le dispositif dans le cadre des conventions).

EN CONCLUSION

Même si plusieurs textes d'application ont été élaborés et publiés, les mesures du pacte de refondation des urgences ne sont pas encore suffisamment appropriées et mises en œuvre sur le terrain. Ce retard et ces difficultés d'application qui ne peuvent être imputés à la seule épidémie de Covid 19, doivent être rapidement comblés car ils ont leur part de responsabilité dans la crise actuelle des services d'urgence.

2. BOÎTE À OUTILS « D'URGENCE » POUR CET ÉTÉ

Au terme de ses travaux, et pour faciliter la gestion de cette période estivale à haut risque, la mission formule 41 recommandations, qui visent :

- À fluidifier les organisations par un cadre réglementaire assoupli, qui permette les dérogations attendues ;
- À construire les bons réflexes culturels, chez les acteurs de santé comme au sein de la population ;
- À consolider l'élan collectif de l'ensemble des professionnels de santé, libéraux comme hospitaliers, en reconnaissant mieux les efforts d'organisation qu'ils déploient.

Certaines recommandations ont, par leur nature même, une portée nationale. Pour autant, il domine dans cet ensemble une ligne force : celle de l'adaptation aux territoires et aux forces en présence. Il s'agit bien de permettre aux acteurs d'adapter localement leur réponse pour l'été en recourant aussi librement que possible à cette « boîte à outils ».

Afin de rendre les initiatives de l'été utiles à la réflexion qui sera conduite dans le cadre de la conférence des parties prenantes sur la santé, chaque recommandation dispose d'un ou plusieurs indicateurs d'impact. Il pourra ainsi être décidé sur cette base, dans un cadre plus habituel, de la poursuite ou de de l'abandon des mesures relevant de la boîte à outils estivale.

PROPOSER, EN AMONT, DES PARCOURS DE SOINS ADAPTÉS SANS RECOURIR AUX URGENCES

ORIENTER LES PATIENTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Recommandation n°1 : Informer la population avec une campagne nationale sur le bon usage des services d'urgence

Au-delà de la décroissance de la disponibilité de l'offre de ville, la pression sur les services d'urgences résulte en partie d'une trop faible éducation à la santé et d'une méconnaissance des réflexes d'orientation et de temporisation en cas de besoin inopiné d'accès aux soins.

Il s'agit d'organiser la diffusion de messages réguliers et variés sur les grands médias et réseaux sociaux rappelant à chacun l'impératif de modérer la pression inutile sur le système de santé, en sachant se prendre en charge et temporiser ce qui ne relève pas de l'urgence, avec l'aide de son médecin traitant et du SAMU-Centre 15 si nécessaire : **« avant de vous déplacer, appelez ! »**. L'objectif de cette campagne n'est pas de culpabiliser nos concitoyens mais bien de leur communiquer une information claire, réelle et objective sur la situation actuelle des services d'urgence et le bon usage de ceux-ci. La surcharge de nos services est néfaste pour les patients et aussi pour les soignants. D'autres possibilités existent, en particulier auprès des médecins généralistes, pour que « tout » ne finisse pas dans un service d'urgence. Le premier réflexe, sauf en cas d'inquiétude majeure de la personne, doit amener à contacter son médecin traitant. Ce n'est que s'il n'est pas joignable ou si le patient ou son entourage considère la situation comme particulièrement inquiétante qu'il doit immédiatement contacter le SAMU-Centre 15 ou le SAS.

Présenter le SAMU-Centre 15 ou le SAS comme la plateforme de régulation médicale à contacter pour tout problème de santé considéré par le patient ou son entourage comme devant faire l'objet d'un avis médical immédiat, est l'enjeu le plus important. Ce principe « d'orientation vers le parcours de soins le plus approprié » peut aussi être décliné par une évaluation par un professionnel de santé à l'entrée d'un SU et une réorientation directe vers d'autres acteurs du soin.

A moyen terme, il convient de réfléchir à une labellisation (Rapport Grall de 2015) et une cartographie de l'offre de soins non programmés accessible par des outils numériques comme les téléphones portables pour que le patient puisse s'orienter lui-même dans le système de santé.

! Objectif : Diminuer la fréquentation des SU en (ré)orientant les patients qui ne relèvent pas d'un plateau technique d'urgence vers d'autres acteurs de santé. Ce nombre de patients est évalué entre 20 et 40% suivant les études et, répartis sur les MG de ville, ces patients représentent moins d'un acte par jour et par médecin. Le risque de surcharger la régulation médicale est nettement diminué par l'augmentation des effectifs (cf. infra.) et le changement d'organisation avec un décroché bi-niveaux.

➡ Indicateurs d'impact :

- Augmentation des appels à la régulation médicale
- Diminution du nombre de passages aux urgences
- Nombre de service ayant mis en place l'une ou l'autre des solutions (régulation médicale / triage à l'entrée)
- Nombre d'EIG liés à cette organisation

Recommandation n°2 : Faciliter le recrutement d'ARM en repoussant l'échéance de certification de décembre 2023

La qualification de la profession d'ARM est un objectif légitime de la politique de santé, afin d'éviter des EIG et faire monter en puissance la qualité de la régulation médicale SAMU/SAS. Pour autant, à l'heure de la hausse des appels et du rôle toujours plus stratégique de la régulation médicale, et faute de solutions de formation suffisantes en proximité (maillage trop large), une transition apparaît nécessaire pour pouvoir recruter sans délai, tout en étant d'emblée très clairs avec les candidats quant aux perspectives de certification.

A ce jour, 10% des postes d'ARM sont vacants (source enquête AFARM au 14/04/2022, sur 52 SAMU-Centre 15 dont 9 en mode SAS) ce qui représenterait 250 à 300 ETP d'ARM au niveau national. La politique qualité mise en œuvre par les SAMU-Centre 15 est concrétisée, entre autres, par la création des centres de formation des ARM (CFARM) avec une formation théorique et pratique de 12 mois pour les nouveaux ARM et une certification des ARM en poste sur la base de VAE et de validation éventuelle de modules complémentaires. La mise en place de cette formation s'accompagne d'une date butoir à la certification de tous les ARM initialement définie à décembre 2023. Cette échéance rend impossible le recrutement pérenne de nouveaux ARM devant l'impossibilité de les former et/ou de les certifier rapidement. Sans remettre en cause le principe de cette certification, un report de cette date butoir est indispensable.

! Objectif : Recruter rapidement des ARM maintenant en reportant la date butoir de certification des ARM à décembre 2025, et en faisant reposer la sélectivité et l'accompagnement métier sur les établissements.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre d'ARM titularisés
- Nombre d'ARM recrutés
- Nombre de SAMU-SAS organisés en décroché bi-niveaux
- Nombre d'appels décrochés
- Qualité de service 30 secondes du niveau N1

Recommandation n°3 : Financer la mise à niveau des effectifs ARM (y compris en SAS)

Le financement des ARM de front-office, qui assurent le décroché, est réputé couvert par la MIG SAMU (revalorisée en 2020 et 2021) et par une partie de la dotation SAS. Deux difficultés à ce modèle : la revalorisation de la MIG en 2020 est venue régulariser un sous financement de plusieurs années et, par ailleurs, l'activité a augmenté fortement (+25% dans certains territoires entre 2018 et 2021). Par ailleurs,

l'enveloppe nationale SAS inclut un financement pour le renfort ARM sur le temps de continuité des soins, mais pas sur le temps de la PDSA. L'activité des OSNP est plus importante que ce que les SAS pilotes attendaient, en lien avec une effectif en ville souvent faible. Il faut plutôt compter 2 OSNP pour un régulateur libéral, alors que le modèle initial semble plutôt basé sur un ratio de 1 pour 1. Si on prend l'exemple d'un SAMU devant assumer une régulation médicale de l'accès à un SU à forte activité, l'adaptation des effectifs ARM et médicaux du SAMU conséquence de l'augmentation des appels et le déploiement des OSNP constitue un surcoût global non financé de l'ordre de 15 % sur les deux financements cumulés MIG SAMU et SAS. Dans les départements mettant en place une régulation médicale préalable à l'accès aux urgences, voire dans les autres sous l'effet de l'acquisition générale (souhaitable) du réflexe d'appel préalable au 15 avant de se rendre aux urgences, les MIG SAMU et les dotations SAS sont donc insuffisantes pour couvrir les besoins en ARM et régulateurs médicaux.

! Objectif : Budgéter les postes d'ARM nécessaires à l'augmentation d'activité attendue, en augmentant globalement de 15% la MIG SAMU (et/ou le forfait SAS le cas échéant), au moins dans les départements soumis à régulation médicale préalable de l'accès aux urgences, voire dans les autres pour instaurer pour cet été une ligne de régulation libérale en journée quand ils en sont encore dépourvus.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre d'ARM titularisés
- Nombre d'ARM recrutés
- Nombre de SAMU/SAS organisés en décroché bi-niveaux
- Nombre d'appels décrochés
- Qualité de service 30 secondes du niveau N1

Recommandation n°4 : Permettre aux médecins régulateurs généralistes en journée d'être collaborateurs occasionnels du service public

La montée en puissance de la régulation libérale, à l'heure des SAS et de la protection des SU vis-à-vis d'une activité relevant des SNP, nécessite de mobiliser des médecins de ville en nombre. Or, le traitement des questions de responsabilité individuelle est essentiel à l'engagement de ces derniers dans cette activité sensible d'intérêt général.

Pour en recruter, il convient d'octroyer le statut de collaborateur occasionnel du service public aux médecins régulateurs libéraux en journée, au même titre qu'en PDSA, et obtenir par la même occasion une couverture assurantielle de ces praticiens via l'établissement siège de SAMU-SAS. Le statut de collaborateur occasionnel du service public protège en effet d'un point de vue assurantiel. Ce statut est automatique pour les MRG lorsqu'ils régulent aux horaires de permanence des soins, mais cette automaticité n'est pas effective lorsque que la régulation médicale s'effectue en journée. Ce point a été souligné lors de la mise en place des SAS, introduisant une inégalité de traitement entre les MRG en fonction de l'heure à laquelle ils régulent. Par crainte d'un risque médico-légal, de nombreux médecins refusent de venir exercer la régulation médicale, leur assurance étant, pour certains, fortement augmentée par cet exercice particulier.

! Objectif : augmenter le recrutement de médecins régulateurs généralistes

➡ Indicateur d'impact :

- Nombre de médecins régulateurs libéraux nouvellement recrutés en journée dans les SAMU-SAS

Recommandation n°5 : Ouvrir le SAS à l'ensemble des professionnels de santé afin de développer des filières directes de prise en charge sans passer par les urgences

Les soins urgents et non programmés à dispenser pour certains groupes de pathologies (troubles psychiques, dentaires ...) ou pour certaines populations (enfants, personnes âgées, femmes enceintes) sont spécifiques même s'ils relèvent de la médecine générale ou de la médecine d'urgence. En intégrant

cette spécificité dans les compétences du SAS, et donc en favorisant l'intégration d'autres professionnels de santé au sein de la régulation médicale, une réponse adaptée est plus susceptible d'être proposée, évitant un afflux inopportun dans les SU. Il s'agit plus particulièrement des DAC (personnes âgées, cas complexes), d'IPA de psychiatrie et santé mentale, de dentiste, de pédiatre, de sage-femme ... Plusieurs pilotes SAS ont mis en place ces compétences qui peuvent être intégrées à un échelon départemental ou même supra-départemental. Ces professionnels qui ont une connaissance accrue des filières de soins de leur spécialité doivent permettre d'organiser des prises en charges ambulatoires et des admissions directes sans passer par les urgences.

! Objectif : Faciliter le recrutement de compétences particulières au sein du SAS en finançant ces recrutements à même de prendre la main sur des situations ne relevant pas des SNP ou SU courants.

➡ Indicateurs d'impact :

- Réduction des passages inappropriés aux urgences générales dans ces filières
- Nombre d'entrées directes dans ces filières

Recommandation n°6 : Garantir la rémunération forfaitaire « brut » de 4G/heure aux médecins régulateurs généralistes

La montée en puissance de la régulation libérale, à l'heure des SAS et de la protection des SU vis-à-vis d'une activité relevant des SNP, nécessite de mobiliser des médecins de ville en nombre. A cet égard, le symbole du tarif horaire incitatif en place durant la crise Covid (100€ sans prise en charge des cotisations) empêche, sur certains territoires, de mobiliser les libéraux à la hauteur de l'avenant 9 (90€ avec prise en charge partielle des cotisations).

! Objectif : Recruter plus de MRG en appliquant, à titre dérogatoire et temporaire cet été, un taux horaire de 100€ sans pris en charge des cotisations, sans surcoût pour l'assurance maladie. Cette rémunération sera défiscalisée au même titre que les dispositifs de rémunération des régulateurs en horaires de PDSA (avec conservation du même plafond global de 60 jours annuel).

➡ Indicateur d'impact :

- Nombre de médecins régulateurs libéraux nouvellement inscrits en journée au planning des SAMU-SAS

Recommandation n°7 : Accompagner de façon pragmatique le déploiement d'ici l'automne 2022 de l'utilisation de la plateforme numérique du SAS sur tout le territoire national

La plateforme numérique nationale du SAS a été conçue pour donner au médecin régulateur et à l'OSNP une vue exhaustive et fluide des plages de consultation disponibles chez les généralistes, et pour permettre la rémunération forfaitaire de ces derniers. Cette plateforme est un agrégateur de disponibilité des différents agendas des médecins généralistes qui mettent à disposition des plages de consultation à la disposition du SAS pour répondre à la demande de soins non programmés. Cet outil numérique va simplifier la mission du MRG. Jusqu'à ce jour, les pilotes SAS utilisent les différentes plateformes pour proposer une consultation au patient qui le nécessite. Ce fonctionnement, certes plus « artisanal » donne satisfaction et plusieurs SAS s'inquiètent de voir s'imposer une nouvelle procédure, avec un outil non encore testé « dans la vraie vie », au risque de dégrader la qualité de réponse. Il semble alors prudent de ne pas imposer partout dès le 1^{er} juillet la PF numérique du SAS mais, pour la période estivale, de leurs laisser le choix de l'utiliser ou non. Un report, au 1^{er} octobre de cette obligation est nécessaire car la prise en main obligatoire au 1^{er} juillet de la plateforme nationale peut représenter un risque opérationnel pour l'été, d'autant que l'obligation en tant de crise est devenue un point de crispation.

! Objectif : Au-delà de ne pas prendre le risque de faire dysfonctionner un modèle actuel en période de crise, l'effet attendu est une mise à disposition maximale de plages de SNP auprès des SAS-SAMU qui ne sont pas prêts au mode plateforme numérique.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre de SAS choisissant la PF numérique au cours des 3 mois à venir (juillet/septembre) avant généralisation
- Plages de SNP offertes par les MG

OPTIMISER LE TEMPS MÉDICAL ET AUGMENTER LES CAPACITÉS DE RÉPONSE À LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMÉS EN VILLE

Recommandation n°8 : Prolonger et faciliter, en lien avec les ordres professionnels, l'autorisation de cumul d'activité titulaire/remplaçant au-delà du 1^{er} juillet (MG et IDEL)

Le cumul d'activité entre le titulaire et son remplaçant (adjuvat) est traditionnellement réservé aux situations d'afflux particulier de patients, en zone touristique par exemple. Pour cette raison, cette pratique est encadrée par les ordres professionnels, qui émettent un avis en vue d'une autorisation préfectorale. Durant la crise sanitaire, l'intense mobilisation des professionnels de santé libéraux, qui ont participé à la régulation, à la vaccination et aux renforts Covid, a justifié une mise en suspens de cet encadrement, le cumul étant autorisé de droit au plan national. Au-delà de l'été, le maintien durable de cet assouplissement apparaît pertinent, hormis dans les zones sur-denses. L'ordre de la règle et de l'exception serait ainsi inversé dans la durée, permettant une plus grande souplesse d'action dans les territoires en faiblesse démographique, qui doivent bénéficier d'un surplus d'innovation et de mobilisation.

! Objectif : Augmenter le nombre de professionnels de santé opérationnels sur le territoire national pendant l'été en permettant, dans le cadre d'un accord national avec les ordres professionnels, de permettre partout le cumul d'adjuvat sans aucune formalité.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre de département ayant formalisé ces accords
- Nombre de MG et d'IDE remplaçants ayant bénéficiés de cet accord

Recommandation n°9 : Favoriser l'activité des médecins retraités

La vague actuelle de départs en retraite de médecins fragilise de nombreux territoires. Pour autant, nombre de ces nouveaux retraités se disent prêts à exercer à temps partiel, pour peu que les conditions soient simples, souples et incitatives, les formalités URSSAF et CARMF constituant en particulier une barrière absolue pour les libéraux qui ont clos leur exercice installé. Leurs territoires d'accueil ont tout intérêt, en particulier cet été, à s'appuyer sur cette force de travail nouvelle pour augmenter leur nombre d'effecteurs. La voie du salariat est souvent privilégiée à ce titre pour des raisons de commodité, mais une mesure pour ouvrir le champ de l'exercice libéral des retraités de juillet à fin septembre apparaît nécessaire, comme cela a été fait pendant la crise sanitaire, en relevant le plafond des cotisations.

! Objectif : Augmenter le nombre de médecins libéraux opérationnels cet été en permettant l'exercice libéral des médecins retraités sans assujettissement CARMF ni URSSAF, dans la limite d'un plafond et sur le modèle mis en place durant la crise sanitaire Covid-19.

➡ Indicateur d'impact :

- Nombre de médecins retraités ayant bénéficié de cette mesure

Recommandation n°10 : attribuer, à titre dérogatoire et temporaire, un supplément de 15 € pour tout acte effectué par un médecin libéral à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle, dans la limite d'un plafond hebdomadaire

La mobilisation des médecins libéraux cet été en faveur de la mise à disposition de plages de soins non programmés est déterminante pour prémunir les urgences hospitalières d'un afflux d'activité indu. Dans certains territoires, les CPTS ont mis en œuvre un dispositif de sur-rémunération de chaque acte de soin non programmé réalisé sur régulation médicale du SAMU/SAS pour des patients ne relevant pas de la patientèle du médecin. Si l'avenant 9 de la convention médicale signé en juillet 2021 a structuré un système de rémunération forfaitaire pour cette activité, il n'est pas encore suffisamment approprié par les effecteurs de terrain, dont la référence reste la rémunération à l'acte. Aussi un système temporaire et dérogatoire fondé sur l'acte, et ne mettant pas en jeu l'avenant 9, apparaît déterminant pour mobiliser suffisamment les libéraux et passer le cap de l'été 2022. Ce système pourra au surplus faire l'objet d'une évaluation utile à la renégociation en vue de la convention médicale. Parallèlement un rappel sera fait sur l'application des majorations « régulé traitant » (MRT) et « régulé urgent » (MRU) déjà utilisable pour la patientèle du médecin.

Objectif : Inciter fortement les médecins libéraux à prendre en charge des patients relevant de SNP adressés par le SAMU/SAS en créant un supplément traçable (pour un meilleur suivi et un usage accessible à tous les médecins libéraux) correspondant à 15€ pour tout acte hors patientèle réalisé dans ce cadre. Un plafond de 20 cotations hebdomadaires par médecin s'appliquera pour éviter toute dérive individuelle.

Indicateurs d'impact :

- Nombre de MG assurant des SNP à la demande du SAMU/SAS
- Nombre de cotations MRT, MRU et de ce nouveau supplément

Recommandation n°11 : Elargir le principe de PDSA au samedi matin dans le cadre d'une réponse organisée et formalisée

Si un généraliste libéral travaille en moyenne 17 samedis matin par an, cette pratique est très variable et peu lisible pour le SAMU-SAS, qui a tendance à temporiser les appels du samedi matin jusqu'à 12h pour s'appuyer sur la régulation libérale de garde et l'effectif des MMG, ou à adresser directement les patients vers les SU. De ce fait, une organisation dérogatoire et temporaire de PDSA le samedi matin apparaît nécessaire pour passer le cap de l'été, avec un encadrement de nature à ne pas désinciter pour autant à l'activité conventionnelle.

La mesure consiste, pour les trois mois d'été, à financer en PDSA une régulation médicale libérale le samedi matin, ainsi qu'une effectif en MMG ou dans le cadre d'une organisation formalisée et validée par l'ARS de réponse aux SNP. La plage du samedi matin n'est pas pour autant qualifiée en PDSA, les médecins, en dehors d'une MMG ou d'une organisation spécifique, facturant normalement leurs actes, y compris en majoration SNP le cas échéant.

Objectif : Augmenter la capacité de réponse aux demandes de soins non programmés le samedi matin en autorisant un mode d'exercice de type PDSA.

Indicateurs d'impact :

- Complétude des tableaux de garde (régulation et MMG) le samedi matin
- Nombre de MMG ou d'organisations dédiées ouvertes le samedi matin et nombre d'actes qui y sont effectués
- Nombre d'actes habituels effectués le samedi matin
- Modération de l'activité des SU le samedi matin

Recommandation n°12 : Financer le déploiement des unités mobiles de télémedecine intervenant sur demande du SAMU/SAS

Le développement de la télémedecine, et en particulier des téléconsultations, a été majeur durant la crise sanitaire permettant de mettre en évidence la faisabilité et la pertinence de ces consultations. La réponse est organisée soit par des entreprises de télémedecine, qui ont une couverture nationale, soit par des groupements de professionnels, souvent au sein des CPTS pour apporter une réponse plus de proximité. Rappelons que la réalisation de téléconsultations est limitée à 20% des actes réalisés par un médecin. L'objectif ici n'est pas de réaliser des téléconsultations « libre d'accès » mais bien de les intégrer dans la réponse régulée à des demandes de soins non programmés.

A ce titre, l'exemple du département de la Manche est significatif. Devant les difficultés d'accès aux soins, des unités mobiles de téléconsultations ont été mises en place par le SAMU-Centre 15 de la Manche dans le cadre du service médical mobile (SMM). Un véhicule dédié intervient avec un secouriste, un IDE et une valise de télémedecine avec objets connectés (stéthoscope, électrocardiogramme, otoscope ...). Il se rend à la demande du SAMU-Centre 15 pour réaliser une téléconsultation avec un médecin libéral. Cette solution, qui associe le physique et le digital (« Phygital »), permet une meilleure utilisation du temps médical sans sacrifier le contact humain indispensable à une prise en charge de qualité.

Plus de 4000 interventions ont été assurées en 2021 (départements 50 / 75 / 94) sur des financements FIR avec 70% des patients laissés à domicile et un taux de satisfaction très haut des patients (97%). De janvier à avril 2022, 667 interventions ont été réalisées par les deux unités en place dans le département de la Manche (ouverture 10 heures/jour, 7 jours/7). Toutes les interventions étaient justifiées par l'absence de possibilité de réponse à des SNP qui aurait, sans ces unités mobiles, conduit à diriger tous les patients vers un service d'urgence. 70% des patients sont restés sur place évitant 430 passages aux urgences sur 4 mois. Seuls 3 patients ont bénéficié d'un renfort SMUR.

Le fonctionnement de ces unités de télémedecine accompagnée (un professionnel de santé est présent sur place) assure efficacité et sécurité et permet de diminuer le recours aux urgences. Leur déploiement doit être immédiatement facilité (hors article 51) tant en unités mobiles qu'en unités fixes, au sein de services d'urgence amenés à réduire leur activité. Si l'acte infirmier est maintenant reconnu, tout comme l'acte médical, c'est la disponibilité des médecins consultants qu'il faut organiser en privilégiant les solutions locales, articulées avec les CPTS lorsqu'elles sont possibles. Un modèle économique pérenne doit être défini pour ces unités mobiles qui peuvent être organisées avec différents acteurs dont des ambulanciers, des associations agréées de sécurité civile ou des associations de citoyens-sauveteurs.

! Objectif : Augmenter drastiquement la réponse aux besoins de soins non programmés en permettant à tout SAMU/SAS de bénéficier, sur la base d'un forfait de financement basé sur l'expérience déjà constituée dans certains départements (Val d'Oise, Manche), d'une ligne diurne de télémedecine embarquée (1 véhicule, 1 infirmier, 1 conducteur, 1 valise de télémedecine).

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre d'unités mises en place
- Nombre de téléconsultations réalisées dans le cadre des SNP
- Pourcentage de patients transportés aux urgences après téléconsultation
- Pourcentage de renforts SMUR après téléconsultation
- Évolution de nombre de passages aux urgences du territoire

Recommandation n°13 : Maintien de la prise en charge à 100% des téléconsultations sur l'été

L'essor de la télémedecine constaté durant la crise sanitaire a été facilité, entre autres, par la prise en charge AMO à 100%, qui facilite la solvabilisation de l'acte en exemptant les parties d'une transaction technique nécessitant un dispositif de paiement. La plupart des médecins se sont désormais équipés, mais l'exhaustivité n'est pas atteinte. Aussi, l'échéance de la fin du 100% AMO pour les TLC au 1er août induit un risque de perte d'effecteurs au cœur de l'été.

! Objectif : Augmenter la capacité de réalisation de TLC par les médecins libéraux en repoussant la fin du remboursement à 100% de la téléconsultation du généraliste du 1er août au 30 septembre

➡ Indicateur d'impact : Nombre de TLC du généraliste (objectif maintien voire hausse en août-sept)

Recommandation n°14 : Autoriser, sur prescription de la régulation médicale, le transport sanitaire vers les cabinets médicaux et MMG

La possibilité pour le régulateur médical de déclencher un transport sanitaire vers les urgences hospitalières n'a longtemps pas connu de symétrie avec l'offre libérale de ville. Depuis le pacte de refondation des urgences, la régulation médicale peut théoriquement prescrire un transport sanitaire vers une liste de points d'effecton de ville (cabinet médical, MMG ...). L'application de cette mesure relève aujourd'hui de l'établissement par l'ARS d'une liste de destinations (cf supra : bilan du pacte de refondation des urgences – mesure 3) et force est de constater le retard pris dans la réalisation de ces listes, par ailleurs inutiles. De plus, s'agissant d'un adressage vers des cabinets médicaux, parfois en soirée, il apparaît indispensable de garantir le retour à domicile par l'attente sur place du vecteur, le temps (rapide vu la prise préalable du RDV) que la consultation soit effectuée. Si ce transport ne peut être effectué par un transporteur sanitaire, le SAMU/SAS doit pouvoir solliciter d'autres compétences (associations agréées de sécurité civile) qui ne doivent pas être celles des sapeurs-pompiers.

! Objectif : Faciliter le transport de patients vers la médecine libérale par un transporteur sanitaire ou, à défaut, une association agréées de sécurité civile (AASC) pour éviter que tout patient sans mode de transport ne se retrouve dans un SU même lorsqu'il relève de SNP. Il s'agit d'expérimenter dès le 1er juillet la possibilité pour la régulation médicale de déclencher un TSU vers tout lieu d'effecton en ville, avec prestation aller-retour incluse d'emblée et de solliciter une AASC en cas de défaut des transporteurs sanitaires.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre de prescription de TSU vers l'offre libérale par les SAMU-SAS
- Nombre de transports effectués contractuellement par une AASC par défaut des transporteurs sanitaires

Recommandation n°15 : Revoir à la hausse le plafond d'heures TSU envisagées dans le modèle de simulation, considérés comme trop justes au regard des travaux de projection territoriale en cours

La réforme très attendue des transports sanitaires urgents vise à organiser, pour les besoins des SAMU-SAS, une garde ambulancière de jour comme de nuit tenant compte des besoins des territoires en la matière. L'idée est d'organiser cette activité, et de la prioriser vis-à-vis des courses programmées des transporteurs sanitaires. Sous la houlette des ARS, les SAMU/SAS, les transporteurs sanitaires et les SDIS sont actuellement attelés à définir un cahier des charges départemental soumis à un plafond d'heures modélisées par un simulateur fondé sur le volume de transports préhospitaliers de toute nature constaté localement, augmenté d'une marge de manœuvre destinée à permettre de définir la meilleure organisation possible. Aujourd'hui, ce volume horaire défini par région n'apparaît pas suffisant pour améliorer réellement l'efficacité de la réponse des transporteurs sanitaires aux besoins de la régulation médicale. L'objectif initial de diminuer drastiquement le nombre de carences ambulancières ne peut, en l'état, être atteint.

! Objectif : Augmenter la capacité des transporteurs sanitaires à répondre aux besoins de la régulation médicale en augmentant, cet été, le plafond d'heures de garde dédiées aux TSU avec des ambulances postées, uniquement dédiées à cette activité. Ce plafond est défini par chaque SAMU-SAS afin que chaque habitant bénéficie d'une réponse adaptée à son besoin.

➡ Indicateurs d'impact :

- Taux d'augmentation d'heures de TSU demandées par le SAMU-SAS
- Nombre d'ambulances postées, par tranche horaire, dans chaque département
- Évolution du nombre de carences ambulancières
- Nombre d'heures non utilisées dans le cadre du TSU

S'APPUYER SUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX D'UN TERRITOIRE

Recommandation n°16 : Mobiliser les infirmier(e)s libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS.

Le médecin régulateur est régulièrement confronté à la difficulté d'évaluer de manière fiable la situation à distance, et peut se trouver acculé dans ces conditions à déclencher un transport pour amener le patient aux urgences. Au-delà d'engorger le service, cette décision peut se révéler très préjudiciable pour le patient, en particulier s'il est âgé. Pour améliorer la gestion de ces situations, certaines URPS infirmiers proposent, en continuité des VDSI Covid, de structurer une capacité de réponse des IDEL au domicile, dont au sein des EHPAD dépourvus de présence IDE. Cette organisation de la réponse IDEL aux SNP repose idéalement mais pas que, sur les CPTS et n'est mobilisable que par la régulation médicale. Le succès dans certaines régions de la visite à domicile IDEL durant le Covid, malgré une tension très forte sur les ressources, montre que des marges existent et doivent être captées.

! Objectif : Renforcer la réponse libérale grâce aux infirmier(e)s en finançant, dans chaque région volontaire et pour la période estivale, un dispositif de sollicitation des IDEL à la demande du SAMU-SAS, pour se rendre au domicile de l'appelant (notamment en EHPAD), évaluer la situation et déclencher une téléconsultation si nécessaire.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre de secteurs avec une PDSA IDE
- Nombre et types d'actes réalisés en PDSA
- Nombre de passages évités aux urgences
- Cotations VDSI

Recommandation n°17 : Simplifier radicalement pour l'été la mise en application des protocoles de coopération entre professions de santé sous coordination médicale dans les territoires fragiles volontaires

Depuis mars 2020, six protocoles de coopération ciblant des pathologies courantes simples de l'enfant et de l'adulte, sont autorisés pour les **masseurs-kinésithérapeutes** (Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville, de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines), pour les **pharmaciens d'officine** et les **infirmiers** (renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans, prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans, prise en charge de l'odynophagie, prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse de l'enfant de 12 mois à 12 ans. Chaque protocole permet au professionnel bénéficiant de la délégation de prescrire lui-même les traitements et examens prévus selon le protocole validé.

L'appropriation de ces nouvelles coopérations demeure trop faible sur le terrain en raison, principalement, de la limitation de ces protocoles aux seules équipes inscrites dans la même maison de santé pluri-professionnelle, et de leur conditionnement à une démarche lourde d'enregistrement, d'engagement et de certification individuelle de ces professionnels.

Le pharmacien comme l'infirmier restent bien souvent les derniers professionnels de santé en place dans les territoires les plus fragiles. **Partenaires privilégiés du SAMU-SAS**, ils permettent le maintien d'un accès local aux soins non programmés qu'il faut renforcer dans le cadre d'une discussion interprofessionnelle de territoire.

! Objectif : Augmenter les capacités de réponse aux besoins de soins non programmés dans les zones rurales et semi rurales les plus sous dotées en médecin généraliste traitant, en permettant, à titre dérogatoire et temporaire pour les 3 mois d'été, une mise en place simplifiée des 6 protocoles SNP, consistant en un engagement signé du protocole par les professionnels désireux de s'y inscrire ensemble, quel que soit leur mode d'exercice. Cet accord formel devra être signé entre un professionnel de santé (pharmacien, infirmier ou kinésithérapeute) et un médecin généraliste traitant du territoire. La transmission du protocole à l'ARS permettant ensuite de facturer à celle-ci les actes effectués (payables via le FIR). Au besoin, les collectivités locales peuvent être appelées à fournir des locaux, équipements et moyens humains de nature à faciliter cette activité.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre de protocoles signés et de signataires
- Nombre d'actes de SNP réalisés dans le cadre de ces protocoles

MAINTENIR LA RÉPONSE AUX URGENCES VITALES ET/OU GRAVES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET EN PRÉ-HOSPITALIER

MAINTENIR LE MAILLAGE TERRITORIAL DES SMUR

Recommandation n°18 : Prioriser le maintien d'une ligne de SMUR mutualisée avec les urgences en organisant parallèlement la continuité des soins au sein de l'établissement

Le maintien de la réponse à l'urgence vitale et/ou grave préhospitalière et au sein des établissements est impérative pour la sécurité des patients et répond au cadre réglementaire actuel précisant qu'un SMUR doit être opérationnel H24 contrairement à l'antenne SMUR qui peut avoir des horaires différents. Dans les SU/SMUR à faible activité il faut absolument maintenir la réponse SMUR en optimisant le temps médical par une mutualisation avec l'activité d'urgence (un médecin assurant SU et SMUR sur tout ou une période de temps). Si le médecin SMUR part en intervention, un second médecin compétent doit pouvoir être mobilisable au SU, en articulation avec la continuité des soins de l'établissement par exemple.

Cette organisation (priorisation du SMUR) ne peut se faire que dans une logique de territoire et en articulation avec la régulation médicale du SAMU-Centre 15. Il s'agit, en particulier, d'éviter à ces SMUR d'assurer des transferts inter-hospitaliers et/ou des transports de longue distance qui doivent être assurés par une équipe de l'établissement socle du territoire selon le concept des prises en charges centripètes (l'hôpital « receveur » assure le transfert du patient).

! Objectif : Maintenir une réponse aux urgences vitales et/ou graves sur un territoire en mutualisant l'activité de SMUR et d'urgence lorsque le volume d'activité le permet, tout en assurant une prise en charge adéquate des patients si le SMUR est en intervention.

➡ Indicateurs d'impact :

- Complétude des plannings des SMUR
- Nombre d'interventions relevant de l'indisponibilité du SMUR par base SMUR
- Nombre d'EIG liés à la mise en place de cette procédure

Recommandation n°19 : Élargir à H24 les horaires de permanence pour les HéliSMUR en H12/14 dans les zones en difficulté

Les hélicoptères sanitaires sont considérés en France comme transport de personne, et volent le plus souvent à vue alors que les machines peuvent faire du vol aux instruments sans visibilité. Ces restrictions de vol empêchent d'effectuer des missions sanitaires la nuit et par temps dégradé, imposant alors que la mobilisation prolongée d'équipes terrestres de SMUR (primaires ou secondaires). Tout en respectant scrupuleusement les règles de la sécurité aérienne, une extension des amplitudes horaires des HéliSMUR dans les territoires en difficulté et une autorisation de vols de nuit et aux instruments permettra une optimisation des ressources et une amélioration des prises en charges.

Objectif : Optimiser les ressources en élargissant les capacités d'action des HéliSMUR dans les territoires en difficultés.

Indicateur d'impact : Augmentation des heures de vol des HéliSMUR y compris la nuit et en conditions météorologiques dégradées.

Recommandation n°20 : Renforcer les liens et développer les médecins correspondants du SAMU (MCS) dans les zones sous-denses

Le concept de médecin correspondant du SAMU (MCS) a été développé pour assurer un élément « avant-coureur » du SMUR dans des territoires éloignés, principalement à plus de 30 mn d'une base SMUR. Ce dispositif, élaboré dans le département rural de la Meuse, s'est surtout développé en zone sous-dense de montagne, intégrant le dispositif des « médecins de montagne ». Outre la réponse apportée dans le cadre de l'AMU, ce dispositif est aussi opérationnel pour la réponse aux demandes de SNP et, d'après les acteurs eux-mêmes (Association Française des MCS), favoriserait l'installation de nouveaux médecins dans les zones sous-denses en les intégrant dans un réseau et en sécurisant leurs interventions. C'est un levier d'installation des jeunes dans des zones isolées. Les MCS bénéficient déjà d'une formation spécifique délivrée généralement par les CESU et d'un financement adapté.

Objectif : Promouvoir l'exercice existant des MCS et plus les impliquer dans la réponse aux demandes de SNP, au-delà de la réponse à l'AMU.

Indicateurs d'impact :

- Nombre de nouveaux contrats de MCS
- Nombre d'interventions réalisées par les MCS
- Nombre d'annulations de SMU par les MCS

Recommandation n°21 : Redéployer les VLI sapeurs-pompiers en fonction des besoins de la population (zones « blanches »)

L'implantation des VLI SP (IDE SP) s'est faite au fur et à mesure, sans nécessairement concertation avec le SAMU ni analyse fine des besoins territoriaux. Leur présence priorisée en zone blanche SMUR (SMUR à plus de 30 min) serait un atout de sécurité pour la population permettant ainsi une réponse de proximité en attendant l'intervention du SMUR.

Objectif : Sécuriser la réponse à l'aide médicale urgente (AMU) dans les secteurs éloignés des SMUR en s'appuyant sur les ressources des sapeurs-pompiers dans une logique contractuelle de complémentarité des moyens.

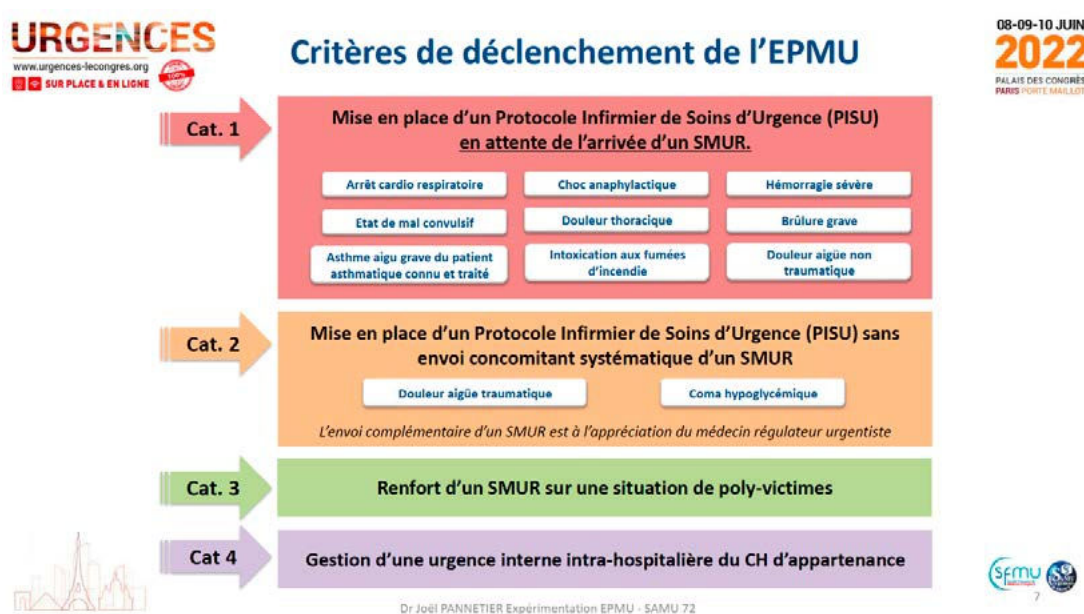
Indicateur d'impact :

- Nombre d'implantations nouvelles de VLI effectuées en concertation entre le SDIS et le SAMU dans des territoires isolés

Recommandation n°22 : Equipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU)

En absence de médecin urgentiste sur un territoire SMUR, il peut être acceptable que l'équipe d'intervention hospitalière ne soit composée que d'un ambulancier et d'un IDE. Ce mode dégradé impose, en concertation avec la régulation médicale du SAMU-Centre 15, des règles afin de ne pas mettre en danger la sécurité des patients (comme celles éditées par exemple par le SAMU-Centre 15 de la Sarthe) :

- Il n'existe pas, dans le territoire concerné, de moyen de substitution au SMUR
- Sélection et formation spécifique des personnels, ambulancier et IDE, de l'EPMU
- Intervention uniquement sur prescription du médecin régulateur du SAMU-Centre 15 concerné, qui assure la responsabilité médicale de l'intervention
- Utilisation de protocoles de prise en charge prédéfinis et conformes aux recommandations des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU)
- Intervention dans un cadre précis (cf. ci-dessous)



Dans le cadre de la catégorie 1, l'expérience SAMU 72/EPMU Château-du-Loir permet l'intervention de l'EPMU en moyenne 22 minutes avant l'arrivée du SMUR. Cette solution, dégradée par nécessité, permet de maintenir une réponse satisfaisante d'AMU.

En cas d'indisponibilité du SMUR pour une situation identifiée d'urgence vitale, l'envoi sur zone par le SAMU d'un vecteur embarquant une équipe paramédicale de médecine d'urgence formée et supervisée à distance par le médecin régulateur peut permettre une première intervention cruciale pour sauvegarder les chances du patient, le temps qu'un SMUR plus lointain n'arrive. Même si la jurisprudence actuelle reconnaît le fait de « ne pas pouvoir faire autrement », le risque médico-légal d'utiliser une situation dégradée n'est pas exclu et il convient de bien garantir la couverture assurancielles des différentes parties prenantes. Cette mesure, dérogatoire et temporaire, ne préjuge pas de l'organisation d'une réponse graduée et de la création d'un niveau intermédiaire entre le secouriste et le SMUR qui doit être défini avant l'automne.

Objectif : Maintenir une réponse d'AMU, lorsque les ressources internes ne permettent plus d'assurer une présence médicale dans le SMUR (solution dégradée) en autorisant, à titre dérogatoire et temporaire pour l'été, le déclenchement d'EPMU en routine dans les territoires dépourvus de SMUR, en complément de l'intervention des SMUR plus lointains.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre d'EPMU actives pour éviter de découvrir totalement les territoires sans SMUR
- Nombre et typologies des interventions par catégorie
- Délais d'interventions
- Devenir des patients

SOUTENIR ET PRÉSERVER LES ÉQUIPES DES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE

LIMITER L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE EN LA CONCENTRANT SUR LEUR PLUS-VALUE

Recommandation n°23 : Réguler les admissions en service d'urgence, soit par organisation d'un triage paramédical à l'entrée (avec forfait de réorientation structuré par le SAS), soit par la régulation médicale préalable systématique par le SAMU/SAS

Selon la DREES, 20-30% de l'activité d'un SU est liée à une pathologie non urgente qui requiert une consultation simple en cabinet de ville ou une consultation de médecine générale requérant un plateau technique léger (biologie simple et radiologie standard exemple de traumatologie non grave). Un triage avant ou à l'entrée du SU (IOA/MAO ou SAMU) permet de mieux filiariser ces patients sur des horaires définis, en les orientant vers des solutions plus adaptées et référencées de soins non programmés (ville ou hôpital). A l'entrée des urgences, cette organisation repose sur la facturation du forfait de réorientation des urgences qui doit être simplifiée dans sa mise en œuvre.

Une telle organisation a été mise en place dans plusieurs services d'urgence et donne satisfaction tant aux patients qu'aux soignants.

! Objectif : Limiter la sollicitation inappropriée des services d'urgence en incitant, en fonction des capacités locales, au triage dès l'admission au SU, soit par un IOA (secondé si besoin par MAO), soit par le SAMU/SAS si l'accès est localement régulé (cf. campagne nationale d'info). Ce tri ou cette régulation seront conditionnés à une filiarisation pleinement structurée : « allez consulter à... » ou « revenez demain à... », avec protocolisation et production d'une fiche formalisée d'information et d'un dossier SU avec validation médicale.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre de services d'urgence concernés
- Passage comptabilisé sur dossier SU
- Réduction des admissions aux heures de régulation/filiatation
- Nombre d'EIG déclarés dans ce cadre
- Nombre de forfaits de réorientation facturés

Recommandation n°24 : Autoriser la suspension d'activité partielle d'un SU dans une logique territoriale

Dans les territoires bien pourvus en offre de soins en nuit profonde, des services d'urgence peuvent être autorisés à ne pas recevoir de patients sous réserve de la capacité de gérer une urgence vitale au sein de l'établissement et de maintenir un SMUR si nécessaire. Cette organisation temporaire et dérogatoire ne peut être mise en place que dans le cadre d'un accord territorial. Elle permet de diminuer la consommation de ressources humaines rares en nuit profonde et, le cas échéant, de les regrouper au sein de la structure d'urgence qui assure la permanence des soins dans la perspective d'une équipe médicale et paramédicale de territoire.

! Objectif : Optimiser les ressources médicales et non médicales d'urgence d'un territoire en mutualisant les moyens de plusieurs services d'urgence sur un seul site dans des horaires pré-définis.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre de SU réduisant leurs horaires d'ouverture dans une logique de mutualisation territoriale
- Nombre de SU réduisant leurs horaires d'ouverture sans tenir compte de l'organisation territoriale
- Complétude des tableaux de service (PM et PNM) des services d'urgence continuant à assurer la PDS et bénéficiant de renforts des services fermés

RENFORCER LES EFFECTIFS

Recommandation n°25 : Organiser la PDSES à l'échelle d'un territoire en associant les spécialistes privés et publics sous la coordination de l'ARS

En l'absence de mutualisation entre praticiens publics et libéraux, il existe sur certains territoires une difficulté pour assurer la ligne de PDSES. L'ARS doit être le garant pour l'été d'une équité de PDSES tant pour les SU (équipes de territoire) que pour des spécialités de deuxième ligne (gynéco-obstétrique dont les sages-femmes, radiologie, psychiatrie, chirurgies ...) en s'appuyant sur les URPS médecins pour l'offre libérale permettant la désignation individuelle de médecins libéraux pour la PDSES. La rémunération forfaitaire prévue pour les libéraux intervenant à l'hôpital public peut y aider, de même que la souplesse des ARS sur la différenciation des lieux d'effectif, établissements publics ou privés, selon le statut du praticien concerné.

! Objectif : Répartir réglementairement la pénibilité de la PDSES entre médecins public et libéraux dans les spécialités sous tension en constituant, pour chaque territoire, une commission PDSE avec convention d'engagement réciproque et effet de mutualisation.

➡ Indicateur d'impact :

- Nombre et type de lignes PDSES mutualisées

Recommandation n°26 : Autoriser les DES avec licence de remplacement à travailler à l'hôpital public

Les licences de remplacement délivrées par le CNOM pour l'exercice en ville des internes (DES) de fin de cursus (Dr Junior) ne sont pas valables pour un exercice en établissement de santé. Cette restriction, en soit pénalisante, ne permet pas de conforter des effectifs en souffrance ni de libérer les urgentistes des SU correctement dotés pour les orienter, dans le cadre d'équipes de territoire, vers des structures en souffrance.

! Objectif : Augmenter les ressources médicales des SU en urgentistes et/ou en médecin généralistes ou d'autres spécialités en autorisant, pour l'été, le recrutement dans les services hospitaliers de DES (toutes spécialités) dotés d'une licence de remplacement, dès lors que des médecins titulaires sont en mesure de les encadrer.

➡ Indicateurs d'impact :

- Nombre de recrutement en ES de DES avec licence de remplacement

Recommandation n°27 : Contractualiser la participation des membres du 3SM à l'activité des urgences hospitalières

Les IDE ou médecins du service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers (3SM) compétents en médecine d'urgence ou en médecine générale doivent pouvoir participer (volontariat ou incitation forte professionnelle particulièrement en territoire en souffrance) au fonctionnement des structures de médecine d'urgence de leur territoire, hors missions 3SM, dans le cadre des missions de service public. Cette participation permet également, si nécessaire, un maintien de compétences.

Objectif : Renforcer les effectifs médicaux et non médicaux des urgences en faisant appels aux compétences du territoire en suscitant, pour l'été, la conclusion d'un accord de partenariat établissement siège de SU/SDIS dans une logique de service public.

Indicateurs d'impact :

- Nombre de conventions signées entre ETS et SDIS
- Nombre d'heures réalisées par les personnels du 3SM au bénéfice des structures de médecine d'urgence

Recommandation n°28 : Prolonger l'autorisation d'exercice des PADHUE

Les quelques 4000 médecins étrangers titulaires d'un diplôme hors Union Européenne qui exercent actuellement dans les hôpitaux vont devoir quitter le pays si leur dossier n'est pas rapidement traité. En effet lorsqu'ils sont titulaires de l'examen validant les acquis, leur dossier doit passer par une commission régionale puis une commission nationale de la spécialité avant qu'ils puissent continuer à exercer. Ces commissions ont pris beaucoup de retard, menaçant le maintien en poste de ces médecins pourtant essentiels au fonctionnement des hôpitaux. Lassés, certains ont déjà commencé à quitter le pays.

Il est donc essentiel de simplifier la procédure et de déroger à la date butoir pour maintenir ces professionnels en poste.

Objectif : Ne pas fragiliser voire renforcer les effectifs médicaux en maintenant en poste les PADHUE titulaires et en leur permettant d'exercer des postes de médecin sénior.

Indicateur d'impact : Nombre de PADHUE en place en juillet 2022 / janvier 2022

Recommandation n°29 : Autoriser le TTA pour les docteurs juniors (DES)

Les docteurs juniors sont des médecins dans leur dernière année de formation de spécialité (année de mise en autonomie). Ils ont validé au moins 6 semestres de la spécialité ce qui les autorise, sur validation du chef de service, à effectuer des gardes en tant que sénior. Ils représentent entre 400 et 450 médecins pour la seule spécialité de médecine d'urgence. Leur statut actuel ne les autorise pas à être rémunérés pour du temps de travail additionnel alors que nombreux sont ceux qui sont prêts à en effectuer cet été.

Objectif : Augmenter les ressources médicales des SMU en rendant, au 1er juillet, les docteurs juniors éligibles au TTA, au-delà des 8 demi-journées de travail.

Indicateur d'impact :

- Nombre d'heures de TTA effectuées par les docteurs juniors en juillet/août/septembre 2022

Recommandation n°30 : Favoriser le recrutement de professionnels de santé libéraux qui acceptent de participer à l'activité hospitalière en plus de leur activité libérale.

L'un des freins évidents au recrutement de libéraux en établissement de santé, malgré l'existence d'un vivier de volontaires qui s'est révélé durant la crise sanitaire, réside dans les conditions de rémunération

de ces derniers, qui renvoient actuellement aux grilles peu adaptées d'attaché voire de praticien contractuel.

! Objectif : Renforcer les effectifs des médecins, sage-femmes, kinésithérapeutes et IDE hospitaliers par des professionnels libéraux, dans les services déficitaires en rémunérant forfaitairement cet été, sur une base attractive et équitable, ces professionnels (MG, psychiatres, urgentistes, pédiatres, IDE, sage-femmes etc.) qui acceptent de venir travailler à l'hôpital. Le tout sur la base d'un forfait national à la vacation, modulé selon le zonage et centralisé dans le système de paiement de l'Assurance maladie pour éviter les dérives et bien différencier cet appui libéral de la gestion des ressources humaines médicales hospitalières.

➡ Indicateur d'impact :

- Nombre de « Contrats d'Appui » de professionnels libéraux à l'hôpital.

Recommandation n°31 : Fluidifier les parcours de soins non programmés relevant de la psychiatrie en incitant à l'organisation de lieux d'accueil non programmés intersectoriels d'aval du SAMU et des urgences

La psychiatrie connaît des difficultés majeures de continuité médicale et paramédicale, qui affecte la bonne exécution des parcours de soins. Au sein de la psychiatrie, la pédopsychiatrie est particulièrement impactée. Si l'organisation en secteurs est sur le principe un gage d'égalité d'accès des citoyens aux soins de psychiatrie, cette modalité ne doit pas être une contrainte pour organiser des réponses intersectorielles bien identifiées pour des consultations non programmées de psychiatrie en aval des structures d'urgence, que ce soit en CMP référent ou dans des centres d'accueil et de crise dédiés.

A partir des forces en présence (IDE, IPA, psychiatres, téléconsultation...), et si besoin par des renforts de moyens, il convient de rendre prioritaires et de soutenir ces initiatives.

! Objectif : Fluidifier les parcours de soins en psychiatrie en incitant les établissements spécialisés en psychiatrie à organiser en intersectoriel des dispositifs unifiés d'accueil des patients relevant de soins non programmés.

➡ Indicateurs d'impact :

- Continuité des accueils non programmés de patients de psychiatrie
- Nombre de territoires disposant d'un accueil inter-sectoriel des soins non programmés en psychiatrie

Recommandation n°32 : Accélérer dans le cadre des accords locaux Ségur les titularisations des personnels non médicaux en poste qui donnent satisfaction

La tension à l'œuvre sur le recrutement des soignants en établissement a conduit à identifier, dans le cadre des accords du Ségur de la santé en juillet 2020, des enveloppes dédiées à la négociation d'accords RH locaux dans les établissements de santé. La titularisation plus rapide et systématique des personnels fait partie des axes de négociation proposés et doit être mise en œuvre rapidement.

! Objectif : Fidéliser les professionnels de santé au sein de l'hôpital public en attente de titularisation en sollicitant fortement les établissements qui ne l'auraient pas encore fait, à s'engager sans délai de plans négociés de titularisation des PNM qui donnent satisfaction, en particulier dans les services les plus en tension, dont les urgences et les SAMU.

➡ Indicateur d'impact :

- Nombre de nouveaux accords de titularisation pendant l'été

RECONNAÎTRE LA PÉNIBILITÉ DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Recommandation n°33 : Majoration, pour l'été, de l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit pour les personnels médicaux et non médicaux, en attendant l'ouverture d'une négociation sur la reconnaissance globale de la pénibilité à l'issue de la conférence santé

La pénibilité liée au travail de nuit n'est plus à démontrer. Son incidence sur la désocialisation, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le burn-out fait l'objet de nombreuses publications internationales. Aussi, la désaffectation des périodes de sujétion de nuit par les soignants, personnels paramédicaux et médecins, s'est considérablement amplifiée à l'issue de la crise sanitaire. La nuit symbolise aujourd'hui la continuité de service propre aux métiers du soin, les isolant des tendances sociétales à l'œuvre, et une meilleure reconnaissance de cette pénibilité spécifique est fortement attendue, au-delà même de la sur-rémunération des heures supplémentaires annoncée par la ministre au bénéfice singulier de la nuit. Cette reconnaissance est une demande forte des soignants. Sans préjuger de discussions qui doivent avoir lieu avec les représentations syndicales, la reconnaissance de cette pénibilité pour les 3 mois d'été est de nature à limiter la fuite de nouveaux soignants, favoriser le recours au temps additionnel ou heures supplémentaires de nuit, passer un message fort à l'écosystème sur la prise en compte de cette pénibilité et plus largement de la QVT des professionnels de santé, toutes spécialités confondues. Pour la période estivale, on doit considérer cette demande comme indispensable, mais la question de la pénibilité des fins de semaines se posera également par la suite. Les astreintes ne sont pas concernées. Cette mesure temporaire uniforme (et donc peu structurante) apparaît comme le règlement d'une urgence, avant la remise à plat de la valorisation des diverses sujétions, qu'il faut mettre de suite en perspective (conférence des parties prenantes).

Objectif : Éviter la poursuite de la fuite des personnels de santé en reconnaissant financièrement la pénibilité du travail de nuit. Un doublement pour l'été de l'indemnité de nuit PM (50% pour les HU) et une gratification estivale du PNM exerçant majoritairement de nuit (ex. doublement du forfait nuit mensuel de ceux qui effectuent 10 nuits par mois ou plus) apparaissent comme un geste immédiat de nature à freiner les refus ou réorientations de carrière dans cette période sensible où l'ensemble des personnels doivent se sentir mobilisés.

Indicateurs d'impact :

- Nombre de gardes supplémentaires prises pour l'été (moins de carences)
- Pourcentage de diminution du temps de travail global des praticiens

Recommandation n°34 : Majoration de l'indemnité de sujétion de week-end et des heures de week-end pour les personnels lors des deux ponts estivaux (14 juillet et 15 août)

Pour le bouclage des plannings de l'été, les grands ponts du 14 juillet et du 15 août apparaissent dans les équipes comme les points de difficulté majeurs. Cela rejoint, dans une moindre mesure que la nuit, le désir de reconnaissance des soignants envers leur exercice soumis à une continuité peu compatible avec leurs aspirations de vie sociale et familiale. De plus, les ponts estivaux sont une période où l'offre de soins diminue très fortement et où les services d'urgence sont souvent le seul recours lorsque des journées encadrant des jours non travaillés ne sont pas couvertes par la PDSA

Objectif : Assurer la complétude des tableaux de service pour les ponts estivaux en doublant les indemnités de sujétion pour ces deux week-ends. Cette mesure temporaire uniforme (et donc peu structurante) apparaît comme le règlement d'une urgence, avant la remise à plat de la valorisation des sujétions de week-end, qu'il faut mettre tout de suite en perspective (conférence des parties prenantes).

➡ **Indicateur d'impact :** Complétude des plannings de ces deux ponts.

Recommandation n°35 : Soutenir les équipes de psychiatrie, de pédiatrie et de maternité de la chaîne urgences/SNP en accordant le bénéfice de la prime de risque aux centres d'accueil et de crise (anciennement urgences psychiatriques), aux urgences pédiatriques et aux urgences gynéco-obstétricales.

Le non-bénéfice de cette prime créée en 2019 est difficilement ressenti par les équipes travaillant dans ce qui reste communément appelé les « urgences psychiatriques, pédiatriques et UGO », d'autant que les équipes de liaison postées dans les urgences générales y sont éligibles.

❗ **Objectif :** Corriger une inégalité de traitement et reconnaître la dangerosité de l'exercice en accordant le bénéfice de la prime forfaitaire de risque « urgences » aux personnels des centres d'accueil et de crise des établissements spécialisés en psychiatrie, les urgences pédiatriques et les urgences gynéco-obstétricales.

➡ **Indicateur d'impact :** Nombre de personnels, par SU « spécialisé » bénéficiant de cette prime.

Recommandation n°36 : Prendre une position nationale sur l'attribution du budget PSESE aux urgences des établissements de santé privés

Les urgentistes exerçant dans un service d'urgence dûment autorisé au sein d'un établissement privé (mission de service public) peuvent se faire rémunérer, lors des horaires de permanences des soins par cotation des lettres-clés existantes et par une indemnité de PDSES. Afin de garantir le bon fonctionnement des services d'urgence privés aux horaires de PDSES, il convient de s'assurer que leurs praticiens bénéficient bien de l'indemnisation liés à un exercice de nuit ou de fin de semaine.

❗ **Objectif :** S'assurer que les contraintes de PDSES exigées des urgentistes travaillant au sein des services d'urgence privés sont rémunérées à leur juste valeur.

➡ **Indicateurs d'impact :**

- Recenser le mode de financement de la PDS dans les SU privés (d'après une enquête de la FHP, les lignes de PDSES des urgentistes ne sont financées que dans 18 établissements sur 107) ;
- Lister et comparer l'activité de nuit et de we des ETS privés / publics

FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS À PARTIR DES URGENCES (AVAL)

Recommandation n°37 : imposer à chaque ETS une organisation permettant au MGL de joindre directement un spécialiste de l'ETS

Les libéraux (dont les infirmiers) expriment une difficulté à joindre l'hôpital. Un certain nombre de patients sont admis au SU par défaut, là où il aurait été préférable de favoriser, via le médecin traitant, l'accès à l'hospitalisation directe voire de différer celle-ci grâce à un conseil médical.

❗ **Objectif :** Éviter des admissions indues au SU en instaurant pour l'été, dans un maximum d'établissements de santé, une cellule d'ordonnancement joignable via un numéro direct diffusé par les URPS à tous les libéraux médecins et IDE. La cellule se charge de faire rappeler le libéral dans les 4h par les spécialités concernées, celles-ci devant être en mesure de planifier une hospitalisation avec transport associé.

➡ **Indicateurs d'impact :**

- Nombre d'entrées directe dans les services hospitaliers
- Nombre d'appels à la cellule d'ordonnancement
- Évaluation de la satisfaction des professionnels libéraux et hospitaliers

Recommandation n°38 : Mise en place obligatoire de la fonction de «bed manager» dans tous les établissements de santé sièges de SU

La recherche de place et de lits d'aval par le médecin urgentiste constitue une pénibilité et une précieuse perte de temps au détriment du soin. Cette mission, conformément aux engagements du pacte de refondation des urgences doit être assurée par une cellule spécifique sous la responsabilité directe du directeur général et du président de CME. Cette cellule de « gestionnaire de lits » est contrainte d'appliquer la politique du « zéro lit-brancard » c'est à dire qu'aucun patient ne doit rester plus de 8 heures dans un SU alors qu'il doit être hospitalisé.

! Objectif : Diminuer la pénibilité de l'exercice et redonner du temps soignant aux professionnels des structures de médecine d'urgence en imposant, cet été, à l'ensemble des établissements dotés d'un service d'urgences de se structurer et de financer une fonction « bed manager » dans ou pour tous les SU, en lien avec leur cellule d'ordonnancement.

➡ Indicateur d'impact :

- Hôpitaux sièges de SU dotés d'un « bed management » opérationnel H24 (nombre de sollicitations, nombre de solutions trouvées, application du besoin journalier en lits – BJML ...)
- Disparition des « lits-brancards » (No Bed Challenge)

Recommandation n°39 : mise en place d'une gestion territoriale des lits d'aval sous la responsabilité de l'ARS

La crise sanitaire a vu les ARS se charger de la gestion territoriale des flux de patients entre établissements publics et privés, pour préserver l'opérationnalité des parcours de soins. La forte tension sur les ressources cet été a justifié l'annonce de la ministre d'une réactivation de ces cellules territoriales. Il s'agit de les tenir régulièrement durant tout l'été, sur la base d'une projection à 3 semaines d'occupation de lits, permettant de détecter des problématiques d'inadéquations lits/activité et de jouer sur le curseur des programmations, dans une vision territoriale complète (public/privé, ville/hôpital, sanitaire/médico-social), y compris en cas de délégation du pilotage aux GHT.

! Objectif : Diminuer la pénibilité de l'exercice en SU en facilitant l'obtention de lits d'aval grâce à une cellule territoriale opérationnelle de gestion des lits.

➡ Indicateur d'impact :

- Création exhaustive des cellules territoriales opérationnelles.

Recommandation n°40 : Libéraliser l'hébergement d'urgence en EHPAD en proposant que les 15 premiers jours post-hospitalisation puissent être sous le régime de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

L'engorgement des lits de médecine, gériatrie ou SSR est lié aux difficultés d'aval, avec un retour à domicile souvent difficile (problème social et d'isolement). Des places d'EHPAD (avec IDE) accessibles de droit sont un besoin aigu, que la gestion de la prise en charge financière de l'hébergement du résident ne facilite pas.

! Objectif : fluidifier les parcours de soins et faciliter la sortie de l'hôpital en simplifiant, à titre dérogatoire et temporaire pour cet été, le dispositif d'admission en EHPAD et en permettant que les 15 premiers jours en EHPAD post hospitalisation soient qualifiés de droit et pris en charge en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation lorsqu'il n'y a pas d'autre solution.

➡ Indicateur d'impact :

- Nombre de patients admis en EHPAD en hébergement en sortie d'hospitalisation depuis les services de médecine et le SSR

Recommandation n°41 : Améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile, notamment par l'évaluation HAD systématique à l'entrée en EHPAD et le développement de l'HAD comme alternative à l'UHCD (implantation d'un personnel de liaison HAD au SU)

L'hospitalisation à domicile a beaucoup progressé dans sa réactivité de mise en place, et peut constituer une alternative crédible à l'UHCD pour les cas de surveillance simple, pour peu qu'une évaluation puisse être rapidement rendue depuis les urgences où le patient se trouve. Pour cet été, il s'agit d'expérimenter le financement, dans les SU à forte activité, de postes de liaison HAD afin d'assurer une évaluation très réactive pour organiser, en lien avec le médecin traitant, une véritable alternative à l'hospitalisation des patients. De même il convient de développer tout particulièrement cet été l'évaluation anticipée HAD dans tous les EHPAD pour faciliter cette modalité d'hospitalisation en substitution à un adressage vers les urgences.

 **Objectif :** Réduire la pression sur les services d'urgence en facilitant l'hospitalisation en HAD depuis les urgences et au sein des EHPAD

 Indicateurs d'impact :

- Pourcentage de patients admis en HAD post SU (dont UHCD)
- Pourcentage de résidents d'EHPAD bénéficiant d'une évaluation HAD « ex/ante »

DES RÉFORMES EN PROFONDEUR À TRAVAILLER ENFIN, DANS LE CADRE DE LA GRANDE CONFÉRENCE SANTÉ DES PARTIES PRENANTES

PISTES POUR L'AVENIR

Les mesures proposées pour les trois mois à venir ne peuvent constituer à elles seules la solution à la crise qui touche actuellement le système de santé de notre pays. Les réflexions/travaux à venir doivent se focaliser sur la transformation nécessaire de notre système de santé qui doit prioritairement prendre en considération les besoins de santé de la population plus que se concentrer sur l'organisation de l'offre de soins : c'est l'offre qui doit s'adapter aux besoins et non l'inverse, dans une logique de complémentarité entre les différents acteurs et non plus de concurrence.

Si notre réflexion se focalise sur la prise en charge des soins non programmés, nous la pensons de nature à s'étendre à l'ensemble des besoins de santé de la population avec une prise en compte particulière de l'enseignement et de la recherche.

Axe n°1 : Comprendre le comportement et accompagner

Axe n°2 : Une organisation coordonnée par le Service d'Accès aux Soins

Axe n°3 : La question des territoires fragiles : Enjeux de la télémédecine et perspectives sur la responsabilité territoriale en matière d'exercice médical

Axe n°4 : Redonner du temps de soins aux soignants (ville)

Axe n°5 : Organiser la réponse aux SNP à l'échelle du territoire

Axe n°6 : Dynamiser la politique RH (hôpital)

Axe n°7 : Fluidifier les parcours de soins

Axe n°8 : Evaluer et piloter la politique mise en œuvre

Nous n'avons bien sûr pas la prétention dans ce travail d'être exhaustifs, mais simplement de tracer des lignes de réflexion pour la concertation des parties prenantes de la santé qui doit amener à la réforme nécessaire et attendue de notre système de santé.

AXE N°1 : COMPRENDRE LE COMPORTEMENT ET ACCOMPAGNER

Depuis 20 ans, nous constatons des politiques nationales basées uniquement sur la pertinence (« le bon soin au bon endroit »), sur une réflexion d'offres alternatives (SNP) et sur un niveau de culpabilisation des usagers de plus en plus croissants. Cette approche financière et sur l'organisation de l'offre ne peut suffire. Il faut une approche centrée sur le patient, par le comportement et non plus seulement par l'axe « consommation de soins ». Cette approche doit s'appuyer sur le médecin traitant, coordinateur de la santé de ses patients.

L'analyse de la hausse de consommation de soins non programmés par le seul prisme de la difficulté d'accès aux soins est une erreur, dès lors que l'accessibilité aux soins est liée à plusieurs facteurs distincts : accessibilité de l'offre elle-même (densité médicale) ; accessibilité logistique (transports...) ; accessibilité financière ; accessibilité culturelle. Plusieurs études ne montrent d'ailleurs pas de lien direct évident entre densité médicale et consommation des urgences. Il faut donc inclure toutes les composantes (acteurs sociaux, collectivités territoriales, milieu associatif) dans une démarche d'accompagnement de la consommation inadaptée des urgences, qui n'est que le symptôme d'une maladie plus profonde (isolement social, isolement culturel, isolement physique...).

Dans une étude récente réalisée en Ile de France, 20 à 30% des passages aux urgences sont générés par 12% des patients consultant dans un service d'urgence et seulement 2,3% des Franciliens sont in fine à l'origine de 30% des passages (soit 1,4 millions de passages). La détection de ces « forts consommateurs » est essentielle car ce sont des patients en dehors des parcours de soins habituels pour lesquels le suivi, s'agissant des maladies chroniques, est insuffisant. Une fois repérés, via les services d'urgence et/ou les SAMU/SAS, il conviendrait d'organiser avec le soutien des DAC la mise en place d'un plan personnalisé de coordination de santé (PPCS) avec accompagnement par un médecin généraliste traitant. C'est une des missions socle des CPTS.

Cette notion de « parcours de soins inadaptés » pour des patients chroniques a également été relevée dans l'utilisation des cabinets spécialisés dans la réponse aux soins non programmés (Centres de soins immédiats ...), déconnectés des médecins généralistes d'un territoire de santé. Aussi il est impératif d'intégrer ces centres dans cette logique de détection et de réinitialisation de la prise en charge globale de ces patients très requérants.

Les nécessaires campagnes d'information sur le « bon usage des urgences et des soins non programmés » que nous recommandons d'initier dès cet été doivent donc tenir compte des différents publics cibles et ne pas se contenter d'une communication « générique » qui aurait pour effet de culpabiliser nos concitoyens. La chute de la fréquentation des urgences lors du premier confinement est le résultat d'une diminution des pathologies traumatiques (liées aux déplacements), mais aussi d'un « refus aux soins » préjudiciable d'une partie de la population, dont les conséquences sont encore perceptibles aujourd'hui.

Pour se prémunir d'une dérive vers le « refus aux soins », il est essentiel de s'appuyer sur tous les professionnels de santé d'un territoire pour guider le patient vers la solution adaptée à son problème de santé, a fortiori s'il le considère comme urgent : médecin traitant, professionnel de santé référent, régulation médicale du SAMU/SAS.

Il convient d'identifier les besoins de santé et les patients « forts consommateurs de SNP » à l'échelle du territoire de santé et de mettre en place localement des mesures adaptées aux besoins globaux et spécifiques. A noter que cette approche territoriale s'applique aux soins généraux, mais qu'elle peut également se décliner par filières populationnelles, en particulier sur le champ de la santé mentale qui nécessite une meilleure adéquation, le tout sous la responsabilité des CPTS.

AXE N°2 : FAIRE DU SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS LE CHEF D'ORCHESTRE DE LA RÉPONSE AUX DEMANDES D'AIDE MÉDICALE URGENTE ET DE SOINS NON PROGRAMMÉS NON COUVERTS PAR LES MÉDECINS TRAITANTS

Appeler avant de consommer du soin, a fortiori dans une situation perçue comme urgente, pour demander avis et conseil, devrait devenir un geste citoyen. La majorité de la réponse aux demandes de soins non programmés est déjà assurée par les médecins généralistes traitants mais 30% des patients qui se présentent dans les services d'urgence n'ont pas trouvé de réponse auprès de leur médecin traitant. La régulation médicale, au sein du SAMU/SAS a pour objectif de répondre au mieux aux besoins de santé de l'appelant et d'utiliser au mieux le système de santé et ses possibilités de réponse. Au-delà du nécessaire « filtrage » des patients par le SAMU-Centre 15 (ou SAS) avant un passage aux urgences pour gérer les situations de tension et sans aborder ce sujet par le prisme de la culpabilisation des patients, il s'agit simplement de faciliter la mise en œuvre, par un professionnel de santé, du parcours le plus adapté à une demande de soins. Il est aujourd'hui acquis (travaux scientifiques, enquêtes d'opinion ...) que 4 personnes sur 10 qui se présentent dans un service d'urgence pourraient être prises en charge différemment, soit par un autre professionnel de santé en ville, soit par une admission directe dans le service d'hospitalisation approprié. De même, l'expérience de la régulation médicale en journée au sein des SAS pilotes montre qu'une moitié au moins des appels peuvent donner lieu à un simple conseil médical. Rétablir des parcours de soins adaptés, spécifiques et fluides, est un enjeu majeur pour le patient (être pris en charge dans un SU surchargé augmente les risques de complications et de décès en cours d'hospitalisation) mais également pour les professionnels et le système de santé qui, arrivant à saturation, se place en danger.

Porté par les résultats atteints par les 22 sites pilotes et la dynamique générée dans le partenariat ville/hôpital, le principe du Service d'Accès aux Soins (SAS) doit être généralisé dans tous les territoires en

le basant sur des objectifs de qualité de prise en charge, de QVT dans ces centres d'appels « santé », en responsabilisant les futurs directeurs de SAS en garantissant les financements et les capacités d'une gouvernance équilibrée.

- Engagement d'une réflexion sur la création d'une vraie entité territoriale pour la partie libérale du SAS mais aussi pour la partie AMU, passant par une évolution juridique telle qu'un compte annexe dédié des établissements de santé supports. Même si elle doit rester très proche des filières de soins critiques dont elle relève, la partie AMU du SAS ne peut en effet plus être tributaire d'une gestion portée par un établissement de santé support de GHT alors que la dimension départementale d'orientation ville / hôpital – Public / privé ne peut être soumise à une gestion d'un budget global d'un seul établissement ;
- Calcul des effectifs à partir des objectifs de qualités / QVT : les SAS constitueront la pierre angulaire du système. On ne peut plus se permettre une approche « artisanale » et administrative notamment des RH de la régulation médicale. La reconnaissance des ARM en professionnels de santé deviendra indispensable, tout comme la formation des DES de MG à la régulation médicale et aux contraintes de la PDSA ;
- Intégration fonctionnelle des plateformes de gériatrie, DAC et filières spécialisées (surveillance de l'insuffisance cardiaque, du diabète ...), avec possibilité de prendre connaissance des données médicales en cours de régulation via « Mon Espace Santé » ou par consultation des dossiers patients. Ce dispositif doit également être fonctionnel pour les patients en EHPAD et en HAD ;
- Système d'information adapté aux enjeux du SAS, compatible avec les technologies modernes (visio-conférence, télémedecine, intelligence augmentée ...) et permettant une sécurisation et une entraide entre les SAS dans la prolongation et l'élargissement du programme SI-SAMU.

Le dispositif de régulation médicale du SAS ne peut être opérationnel sans une organisation pertinente ambulatoire de la réponse à des demandes de soins non programmés, organisée à l'échelle de chaque territoire. Cette organisation (axe n°5) sous-entend une juste rémunération de l'investissement de ces acteurs.

Il convient d'accélérer la généralisation des Services d'Accès aux Soins en les dotant de moyens adaptés à leurs objectifs quantitatifs et qualitatifs.

AXE N°3 : LA QUESTION DES TERRITOIRES FRAGILES : ENJEUX DE LA TÉLÉMÉDECINE ET PERSPECTIVES SUR LA RESPONSABILITÉ TERRITORIALE EN MATIÈRE D'EXERCICE MÉDICAL

La télémedecine projetée, de qualité, associée aux innovations techniques croissantes (objets connectés) est sans doute une solution atteignable dans cette prochaine décennie pour tous les territoires, même les plus fragiles sur le plan de l'accès aux soins dans une logique de mutualisation, parfois supra-territoriale, de l'acte médical de téléconsultation.

La télémedecine assistée par un professionnel de santé (mallettes de télémedecine projetées et assistées par des professionnels de santé infirmier, pharmacien, ambulancier ou secouriste ...) permet de bénéficier d'une ressource médicale rare, tout en maintenant un lien humain, essentiel pour les patients, notamment âgés. Les outils de réalité augmentée associés à des appareils portatifs connectés (échographe connecté -> cf panorama des innovations édité par l'ARS Ile-de-France) permettraient même d'envisager une projection de consultation spécialisée.

Afin de conserver un accompagnement humain et de cultiver une approche interprofessionnelle porteuse in fine de renforcement de l'attractivité locale pour de futurs professionnels de santé, le cadre des hôpitaux de proximité (exemple de Fumey dans le massif Ardennais), des maisons de santé ou des cabinets infirmiers de télémedecine peuvent être envisagés. Il faut donc repenser les différents métiers de la santé autour du parcours des patients et de l'évolution des technologies.

Plusieurs solutions sont déjà proposées, mais leur mise en œuvre est rendue difficile voire découragée

(procédure de l'article 51, longue et fastidieuse, inégalité territoriale de traitement des demandes ...).

Une politique nationale ambitieuse de déploiement de la télémedecine accompagnée, simplifiant les contraintes tout en garantissant la pertinence et la pérennité de ce nouvel outil, doit permettre d'améliorer les parcours de santé et de lutter contre la désertification médicale en lien avec les professionnels de santé au sein des CPTS.

Quelques pistes :

- Installer des points de téléconsultation à proximité (dans ?) des services d'urgence pour créer une alternative dans le cadre des SNP (réorientation par l'IOA), supportés par les médecins du territoire (CPTS ?) et encadré par des IDE dont l'acte est reconnu et financé ;
- Installer systématiquement la télémedecine dans les EHPAD ou centres accueillants des personnes fragiles pour éviter leur déplacement aux SAU avec des IDE d'astreinte sur un territoire ;
- Développer un modèle économique pérenne pour les unités mobiles de télémedecine à la main de la régulation médicale (exemple de SauvLife® dans la Manche, le Val d'Oise) dans le cadre de la réponse aux SNP et potentiellement de l'aide médicale urgente (AMU) ;
- Installer des points de téléconsultation dans les territoires fragiles, tenus par les infirmiers locaux et branchés sur un pool régional de médecins libéraux volontaires pour renforcer l'accès aux soins des « déserts médicaux » de leur région, et créer ainsi les conditions pour la réinstallation future de médecins. Pour ces médecins intégrant le « pool régional » à destination des zones sous-denses, lever le plafond de 20% d'activité de téléconsultation dès lors qu'ils sont agréés par la Commission Paritaire Régionale ;
- Poursuivre la prise en charge à 100% pour les actes de téléconsultation réalisés par des IDE en zone sous-dense, sur prescription de la régulation médicale ;

Au-delà de cette mesure à la fois urgente et structurelle que constitue l'usage maximal du potentiel de la télémedecine pour venir en aide des territoires dont l'offre médicale est la plus fragile voire inexistante, il convient de s'interroger sur la viabilité d'un système qui concentre inexorablement les médecins dans les grandes villes universitaires. Si la désertification médicale du monde rural voire péri-urbain n'est que la manifestation d'une faillite plus globale de l'aménagement du territoire, il conviendra de poser les bases d'un rééquilibrage en profondeur de la répartition de l'offre.

En complément de la fin du numerus clausus et de la politique incitative développée pour l'installation en zone fragile, l'enjeu est de tourner beaucoup plus résolument la politique de formation vers ces territoires, qu'il s'agisse des sites des facultés comme de la réalisation des stages. En mettant la technologie (Visio, mode hybride) au service de la proximité, il est en effet plus que jamais possible de proposer une formation universitaire au plus près des territoires, tout en en conservant l'exigence académique. L'objectif est ainsi d'acculturer dès le début de leurs études les futurs professionnels de santé à un cadre de vie dans lequel ils auront envie de construire leur parcours. La construction de cette nouvelle organisation, basée sur la réponse aux besoins de santé et sur la collaboration entre professionnels, doit s'accompagner de réflexions sur l'enseignement des métiers de la santé, tant dans son contenu, son organisation que dans l'anticipation indispensable des effectifs nécessaires. De manière générale, les besoins de santé de la population ne sont pas assez pris en compte dans le calcul ou les projections de besoin de formation pour le calibrage du nombre d'étudiant dans les différentes filières mais aussi dans leur répartition nationale / régionale. Il s'agit donc de basculer dans le 21ème siècle et de doter enfin les décideurs d'outil performant de modélisation, de simulation et de pilotage (projet Next STEP) du besoin en professionnels de santé sur un territoire ainsi que des besoins et capacités de formation.

Enfin, s'il n'est pas réaliste voire contre-productif de prétendre faire s'installer sous la contrainte en zone fragile de jeunes professionnels ayant déjà choisi d'ancrer leurs racines ailleurs, l'alternative n'est pas forcément la préservation d'une supposée liberté totale, d'autant que les professionnels de santé et singulièrement les nouvelles générations, sont conscients de leur responsabilité sociétale. Dès lors, le débat doit être ouvert quant à la traduction opérationnelle des devoirs que la profession médicale estime porter collectivement vis-à-vis des territoires fragiles, par exemple en organisant pour chaque

praticien libéral une présence régulière en zone sous-dotée, avec l'aide forte et déterminée de l'État et des collectivités pour lui faciliter cet effort.

AXE N°4 : REDONNER DU TEMPS DE SOINS AUX SOIGNANTS (EN VILLE)

Autrefois uniquement concentrés sur la réalisation d'actes de santé (soins, accompagnement, prévention ...) les médecins libéraux et plus globalement tous les soignants sont submergés de contraintes bureaucratiques dont l'intérêt reste à prouver. Alléger ces contraintes, qui pèseraient selon les professionnels jusqu'à 25% de leur temps, permettrait de libérer du temps de soins et, potentiellement, de prendre en charge plus de patients pour les SNP comme en patientèle courante. Les exemples sont nombreux dans le cadre des exercices collaboratifs, interprofessionnels et coordonnés. Plusieurs thèmes doivent être discutés :

- Faciliter auprès des médecins le développement des exercices aidés qui devront entre autres alléger les contraintes administratives, par exemple en appréciant la capacité d'un médecin généraliste ou d'une équipe médicale à faire face à une augmentation de la demande de soins : assistants médicaux, formation des secrétaires médicales, infirmières de santé publique ...
- Développer la mise en place d'IPA de premier recours et leur reconnaissance (y compris financière) et prioriser aussi les filières de soins spécialisées les plus en souffrance (pédiatrie, psychiatrie, gériatrie ...);
- Réfléchir aux moyens de lutter résolument contre les rendez-vous non honorés par une responsabilisation du patient ;
- Accélérer le développement des CPTS, solution d'avenir pour coordonner le système de santé libéral, et les doter d'outils de communication/concertation/coordination entre professionnels de santé ;
- Atterrir rapidement, notamment si l'expérimentation de la simplification de l'état sur les protocoles de coopération s'avère concluante, sur les délégations de gestes, d'actes, de compétences entre les professionnels de santé, sous la coordination du médecin traitant, en compensant une éventuelle perte de revenus ;
- Alléger les contraintes administratives et faciliter les organisations territoriales en lien avec la démographie des professions de santé.

La construction de cette nouvelle organisation, basée sur la réponse aux besoins de santé et sur la collaboration entre professionnels, doit s'accompagner de réflexions sur l'enseignement des métiers de la santé, tant dans son contenu, son organisation que dans l'anticipation indispensable des effectifs nécessaires. Généralement, les besoins de santé de la population ne sont pas pris en compte dans le calcul ou les projections de besoin de formation pour le calibrage du nombre d'étudiant dans les différentes filières mais aussi dans leur répartition nationale / régionale. Il s'agit donc de basculer dans le 21^{ème} siècle, de quitter les « fichiers Excel » et de doter les décideurs d'outil performant de modélisation, de simulation et de pilotage (projet Next STEP) du besoin en professionnels de santé sur un territoire ainsi que des besoins et capacités de formation, en lien avec l'ONDPS.

AXE N°5 : ORGANISER LA RÉPONSE AUX SNP À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE

La réponse aux demandes de SNP doit s'organiser à l'échelle d'un territoire de santé en associant tous les acteurs, publics et privés, et tous les professionnels de santé. Les CPTS et les GHT doivent en être les parties prenantes en y associant les établissements privés et les ESPIC afin, non seulement de répondre à la demande de soins dits de premier recours, mais également des soins de deuxième et troisième recours. Il convient donc d'organiser la gradation des soins, y compris pour les SNP.

Soins de premier recours

Ils reposent essentiellement sur la médecine générale libérale qui doit assumer la responsabilité collective d'organiser la réponse à des demandes de soins en journée (y compris pour des SNP) mais également lors des horaires de permanence des soins.

L'amélioration de l'organisation de ces accès aux soins de premier recours est une responsabilité collective des professionnels du premiers recours (médecins généralistes traitants, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sage-femmes) d'un territoire (CPTS). Notamment la médecine générale doit structurer une réponse à des besoins de soins non programmés en journée qui n'auraient pas été au préalable reçus par le médecin généraliste traitant, mais également lors des horaires de permanence des soins. Plusieurs exemples de cette organisation montrent, hors PDSA, que les solutions sont multiples :

- Organisation pilotée par la CPTS avec rassemblement, souvent au sein d'une maison médicale dédiée, de médecins du secteur qui assurent les SNP, en dehors de leur cabinet ;
- Réseau de professionnels qui assurent la même fonction en restant dans leur cabinet ;
- MSP ou cabinet de groupe qui assurent ensemble la réponse aux SNP de leur patientèle ;
- Maisons de santé communales avec des personnels salariés dont la mission de réponse aux SNP est contractualisée et clairement identifiée ;
- Centres spécialisés uniquement dans la prise en charge des SNP, souvent associés avec des professionnels de l'imagerie médicale et de la biologie, dont la pertinence, l'efficacité et la réponse à la surcharge des urgences restent à démontrer ;
- Centre de consultation de SNP porté par un établissement de santé avec du personnel salarié, souvent par réorganisation d'un service d'urgence préexistant ;

Le financement de cette activité doit être pensé en cohérence avec la contrainte exercée sur les professionnels et l'effet attendu (meilleurs parcours de soins). Les autres professionnels de santé, non médecins (kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens ...), sont généralement absents de ces dispositifs et leur place doit être repensée dans le cadre des CPTS et en fonction de la plus-value attendue.

Structures de Médecine d'Urgence

SU et SMUR ont pour mission de répondre aux besoins de l'Aide Médicale Urgente. Leurs implantations et fonctionnements doivent répondre aux besoins de la population. Ils n'ont pas vocation à assurer la prise en charge des SNP mais peuvent être amenés, dans des territoires sous denses, à y participer en lien avec la médecine libérale.

Soins de deuxième et troisième recours

L'accès direct et rapide aux autres spécialités médicales dans le champ de la réponse à des besoins de SNP est trop souvent écarté de la réflexion. Ne faire reposer les SNP que sur les médecins généralistes et les urgentistes est une erreur de concept tant l'accès direct et/ou rapide à certaines spécialités permet d'éviter un passage inutile aux urgences : Imagerie Médicale, biologie, mais aussi cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie ... Il convient donc d'intégrer systématiquement tous les spécialistes médicaux dans l'organisation des SNP et de doter les professionnels d'outils d'échanges facilités : réseaux, accès direct et privilégié aux spécialistes hospitaliers pour les MG... etc. La création des équipes de soins spécialisées (ESS) doit permettre d'organiser au niveau d'un territoire la hiérarchisation des demandes de soins de second et de troisième recours et de prévoir des réponses adaptées à ces besoins.

La place des spécialistes libéraux doit aussi être repensée dans le cadre de la PDSES, dont il convient de partager la charge équitablement entre les médecins hospitaliers et les médecins des établissements privés et des ESPIC. Il n'est pas admissible que la PDSES d'une spécialité chirurgicale par exemple ne soit assurée que par deux praticiens de l'hôpital public alors que les cinq praticiens de la clinique voisine n'y participent pas, pas toujours volontairement d'ailleurs. Cette complémentarité public/privé doit être organisée par les ARS à l'échelle d'un territoire qui peut être différent suivant la spécialité.

Une démarche nécessaire de transparence autour de l'activité

Responsabiliser les professionnels dans leur adressage vers les urgences et les usagers dans leur consommation des soins nécessitent une transparence sur l'activité de tous. Il s'agit de cesser d'infantiliser et de diriger les usagers sans transparence réelle des parcours et des difficultés. En développant le marketing social, l'approche comportementale et le « nudge » en santé il est possible d'influencer, d'expliquer et d'aider à mieux consommer.

Exemple : l'application « Mes Urgences » accessible pour les professionnels / usagers sur les Stores (IOS / Android) permet de suivre en temps réel l'affluence dans les services d'urgences d'Ile de France et les temps de passages estimés. L'ajout prochain des offres de soins non programmés sur la cartographie en

temps réel sera une évolution majeure. La mise à disposition de cet outil malgré certains freins chez les urgentistes qui craignaient une affluence dans les services n'a pas objectivé de comportement déviant par les usagers (évaluation en cours).

Dans la même logique et en continuité du rapport de JY Grall (2015), une labellisation et une cartographie de l'offre de soins non programmés, accessible via une application, serait un plus pour l'orientation dans le système de santé.

AXE N°6 : DYNAMISER LA POLITIQUE RH (HÔPITAL)

Les professionnels de santé, particulièrement au sein de l'hôpital public, regrettent une perte de sens de leur métier de soignant.

Or la crise Covid avait vu, au contraire, les soignants s'investir totalement dans leur métier, parfois trop au détriment de leur santé et parfois même de leur vie. Cet investissement résultait certainement de plusieurs aspirations, particulièrement dans les services de « première ligne » comme les structures de médecine d'urgence : être réellement utile en sauvant des vies, faire son métier et rien que son métier, ne plus être contraint par des règles bureaucratiques illégitimes, retrouver le sens du travail en équipe, être reconnu pour ce travail (applaudissements, livraison de repas, etc...). La gestion de cette pandémie s'est faite en pariant sur les hommes et les femmes de santé plus que sur les organisations, les règles et les financements : c'est cette philosophie qu'il faut retrouver.

Rétribuer à la hauteur des efforts consentis : un symbole, le travail de nuit

Quelles que soient les avancées du Ségur, la revalorisation du point d'indice, les primes, la faible valorisation financière du travail de nuit d'un médecin de l'hôpital public et encore plus d'un soignant devient in-compréhensible notamment pour les jeunes générations. Il est important que ce sentiment de manque de reconnaissance perçu largement par le terrain soit entendu et que la rémunération du travail de nuit soit à la hauteur de sa pénibilité, largement documentée (désocialisation, détérioration de l'état de santé, facteur de risque de nombreuses maladies ...). En dehors de la gestion immédiate de crise, une négociation globale sur le travail de nuit et de week-end doit donc être rapidement initiée.

S'appuyer sur un référentiel de ressources médicales et non médicales

Le personnel ne saurait être une variable d'ajustement financier, en particulier dans les services où l'activité ne peut être contrôlée en amont. Un service d'urgence, contrairement à un service de MCO, ne peut fermer des lits lorsqu'il manque une IDE et le travail est alors assuré par les autres. Plus qu'en adéquation avec l'activité, les effectifs doivent être en adéquation avec les besoins de soins du territoire et les missions confiées aux structures de médecine d'urgence. Comme pour les services de soins critiques, les urgences doivent s'appuyer sur un référentiel de ressource validé au niveau national et les financements doivent être en adéquation avec ce référentiel.

Accélérer le développement de métiers intermédiaires paramédicaux

La prise en charge des patients à faible complexité dans les services d'urgences et d'autres doit pouvoir être assumée par des professionnels paramédicaux depuis l'arrivée aux urgences jusqu'à la sortie sous la supervision et la validation d'un médecin sur le modèle des Nurse Practitioner aux USA.

C'est bien sûr l'idée des IPA-MU en France, mais il faut aller plus loin et plus vite avec une reconnaissance financière réelle à la fois pour l'IPA mais aussi pour la mission de supervision médicale. Ce concept doit être développé dans tous les champs de la médecine d'urgence pour recentrer le médecin urgentiste sur sa plus-value : la complexité et la gravité.

Revoir les organisations en fonction des besoins

L'organisation actuelle des structures de médecine d'urgence repose sur un modèle vieux de plus de vingt ans. Il convient de le revoir avec l'arrivée de nouveaux métiers (IPA en MU, gestionnaire de lits ...) de nouvelles technologies (biologie délocalisée, intelligence augmentée pour la lecture des radiographies, télé-médecine ...) mais aussi d'un changement de paradigme visant, comme en ville, à redonner du temps soignant en confiant les tâches administratives à des assistants administratifs au sein des services.

La recherche et l'enseignement, les éternels oubliés des réformes de santé

C'est probablement parce qu'elles relèvent d'un autre ministère que la recherche et l'enseignement sont régulièrement absentes des réformes de la santé. Leur place y est pourtant essentielle.

L'universitarisation des professions de santé, largement plébiscitée par les représentants des étudiants, doit être au centre de nos préoccupations concernant l'enseignement. Faire travailler ensemble des professionnels de santé à l'issue de leurs études ne peut réellement se concevoir que s'ils ont déjà eu l'occasion de partager un enseignement pendant leurs études. Le concept « d'université de santé » doit être discuté avec les doyens concernés mais doit être une base de réflexion pour revoir la forme et le contenu des enseignements en y associant plus les soignés. Dans cette logique, le rôle territorial de l'université, en lien avec les élus régionaux, départementaux et locaux, doit être abordé et discuté dans l'objectif de lutter efficacement contre les déserts médicaux dans la continuité des travaux engagés par exemple comme la charte d'accueil des étudiants en santé dans tous les territoires, générée par l'association des maires de France.

La recherche en santé doit être soutenue, promue et son organisation simplifiée. La valence « recherche » des universitaires doit être sanctuarisée et les moyens adaptés à l'ambition de redonner à la France sa juste place dans la recherche mondiale et, enfin, lutter contre la « fuite des cerveaux ».

Le triptyque « clinique » « recherche » « enseignement » doit être valorisé pour attirer des professionnels dans les filières universitaires et les maintenir en retravaillant aussi leur statut. Redonner de l'attractivité aux carrières hospitalo-universitaires est un enjeu majeur pour les décennies à venir.

Développer et favoriser le management bienveillant de proximité

Les établissements sont confrontés à des difficultés de recrutement de chefs de service et de responsables d'unités. Devant les faibles capacités réelles de décision, l'absence de reconnaissance financière et institutionnelle, la dissolution des services dans des pôles gigantesques, l'absence de formation initiale et continue, les jeunes professionnels refusent les responsabilités managériales. L'encadrement médical actuel est vécu comme trop lointain, déconnecté du terrain (chef de pôle, cadre de santé) ce qui contribue à la perte de sens du service et du travail en équipe. Une réflexion approfondie sur l'organisation de soins de base (le service) et la place du management doit être rapidement entreprise pour redonner du sens et retrouver un encadrement bienveillant, de proximité, indispensable qui associera tous les personnels au projet médico-soignant.

La QVT : pas seulement un mot mais une philosophie

La performance hospitalière s'apprécie sur 3 axes : qualitatif (améliorer la prise en charge des patients/résidents), sociale (attractivité, ...) et économique (améliorer les ressources notamment financière). Depuis 20 ans, la performance économique est centrale pour l'hôpital et représente in fine la clef de l'évaluation des responsables. Il ne s'agit pas d'affaiblir l'objectif (nécessaire) de performance économique mais de le compléter par un objectif de performance qualité (et pas seulement dans le sens de la certification mais dans un objectif de santé publique fort, comme le principe du « zéro brancard » dans un service d'urgence c'est à dire aucun patient sur un brancard dans le couloir), et de performance sociale (QVT pouvant être évaluée par le taux d'arrêt maladie ou le turn-over dans un service, l'évaluation du burn-out ...). Il s'agit de remettre les objectifs dans le bon ordre : la qualité comme sens, la QVT comme amélioration de l'outil de production, l'économie comme conséquence.

Il s'agit de mettre en jeu l'alignement des intérêts dans l'écosystème avec une question intrinsèque de leadership pour réenclencher le cercle vertueux.

En pratique, il s'agirait :

- D'intégrer la QVT et la qualité à l'évaluation des responsables à tous les niveaux ;
- De décliner la QVT de façon opérationnelle à partir des besoins et des priorisations en matière de conditions de travail remontées par les professionnels de santé eux-mêmes (parkings, salles de détente, de sport, de garde, repas, crèches hospitalières, internat, etc. ...) ;
- D'institutionnaliser l'accueil des personnels hospitaliers : Un fait alarmant et nouveau est l'abandon croissant des élèves infirmiers après leurs premiers stages à l'hôpital. Pourtant, à l'instar des universités anglo-saxonnes, un véritable effort d'accueil, de suivi, de définition d'objectifs concernant les nouveaux arrivants doit être mis en place (véritable cérémonie d'accueil, de remise

de « welcome-bag », tutorat très personnalisé et valorisé, entretiens réguliers avec les responsables administratifs et soignants, écoute de tous les instants ...).

- De penser la QVT en évaluant les effectifs auprès du malade non plus uniquement en fonction de l'activité mais bien de la charge en soins ;
- De développer des incitations financières fortes à la mise en place et au suivi d'une politique de QVT.

Réinvestir dans l'humain, et dans les organisations

Cet investissement peut prendre corps dans deux axes de travail principaux : l'arrêt de l'injonction de la polyvalence à outrance et la formation continue des soignants.

Le travail d'équipe, dans une spécialité donnée induit un apprentissage par compagnonnage et une solidarité du « savoir-faire » qui peuvent être exceptionnels pour certains soignants à l'instar de ceux qui exercent aux urgences et/ou en SMUR. Cette acquisition d'une compétence de métier, forge une identité et un sens de la mission soignante que la « polyvalence » détruit. Ainsi, plutôt que de considérer par principe une infirmière comme multi-compétente, il faut respecter et protéger son excellence « de métier » qui génère une fierté et un attachement à l'institution. Des pools complémentaires de soignants polyvalents volontaire devront alors être renforcés afin de gérer les problèmes de suppléance imprévus.

Une des grandes déceptions des dernières années aura été la formation continue des personnels soignants. A l'inverse ce qui se pratique depuis une vingtaine d'année, il s'agit de favoriser les « contrat-emploi-formation » pour les aides-soignantes ou agents hospitalier avec le financement des études sous couvert d'une contractualisation avec l'hôpital financeur. La formation des infirmiers en pratiques avancées (IPA) qui joueront un rôle majeur dans les équipes soignantes doit aussi être renforcée. Il s'agit ainsi de valoriser la transmission des connaissances par des financements de formations soignantes (congrès, apprentissage d'une langue, de nouvelles techniques, inscriptions à des diplômes universitaires ...).

AXE N°7 : FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS

L'organisation des soins doit continuer à se concentrer sur l'excellence et sur la gradation des prises en charge. La fluidification des parcours de soins participe grandement à cette excellence et doit devenir un objectif principal de toute réorganisation qui doit s'appuyer sur les soignants, les soignés et les élus locaux. L'organisation des parcours de soins doit se concentrer en priorité sur les zones sous-denses afin de faire bénéficier tous nos concitoyens de l'excellence revendiquée et attendue de notre système de santé.

Les soins primaires doivent s'organiser avec les professionnels de santé libéraux réunis au sein des CPTS qui, par leurs responsabilité et solidarité partagées inscrites dans leur constitution, réalisent une organisation efficiente en amont des établissements de soins qui eux délivrent des soins de recours, et en totale synergie avec eux. Les parcours de soins doivent se construire en ayant pour objectif principal la réponse aux besoins de santé et non l'organisation concurrentielle d'une offre de soins intrinsèquement moins efficiente. Remettre chaque professionnel de santé à sa juste place, considérée sur la plus-value qu'il peut et doit apporter, est un préalable essentiel à la responsabilité collective que nous avons devant les patients. La place des CHU comme recours spécialisé régional voire suprarégional doit être renforcée ainsi que les échanges transfrontaliers dans les zones concernées. Hors urgence, les hospitalisations doivent être programmées en n'amputant pas sur les besoins journaliers en lits nécessaires aux patients admis par les services d'urgence. Ces hospitalisations doivent être organisées par une cellule d'ordonnancement et la mutualisation des lits entre les différents partenaires à l'échelle d'un territoire de santé doit être organisée sous la responsabilité des ARS.

Dans ce contexte, une optimisation des lits par une gestion territorialisée des capacités d'hospitalisation doit être recherchée en favorisant la collaboration public / privé, en évitant les doublons et, le cas échéant, en créant de nouveaux lits d'hospitalisation en tant que de besoin, c'est à dire dans les spécialités concernées. Le développement de services de médecine polyvalente au sein des hôpitaux doit être accompagné pour répondre à l'évolution des pathologies et des besoins. La place des hôpitaux de proximité doit être renforcée sans remettre en cause les critères de qualité et de sécurité des soins élaborés et validés par les différentes sociétés savantes.

Les développements des IPA de premier recours, de gériatrie et de pédiatrie, et dans les spécialités où des nombreux actes peuvent être réalisés sans plus-value médicale évidente doit permettre de mieux répondre aux besoins de santé et d'optimiser les ressources sanitaires, sous la coordination du médecin traitant. Dans la même logique, le développement des transferts d'actes et de compétences vers les autres professionnels de santé doit être poursuivi en concertation avec les ordres professionnels et accompagné de valorisations financières adéquates.

L'exercice mixte libéral/salarié doit être promu et accompagné pour faciliter des rapports entre les différents professionnels et garantir la permanence et la continuité des soins dans tous les territoires, en favorisant également l'exercice secondaire dans les zones sous denses.

Les besoins de santé en psychiatrie doivent être clairement identifiés et les réponses apportées dans un partenariat équilibré entre la ville et l'hôpital, entre acteurs de santé, collectivités et patients, selon une approche micro-territoriale partant notamment des besoins des patients très requérants (axe 1), le tout sous l'égide des CPTS. Une attention particulière sera portée à la réponse de pédopsychiatrie dont l'organisation doit être améliorée.

Les prises en charge en aval d'une hospitalisation doivent être anticipées et concertées avec le médecin traitant en s'appuyant sur les dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD) et d'équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs par exemple. Dans la même logique, le « virage domiciliaire » doit être accompagné de mesures garantissant la qualité et la sécurité des soins, en particulier lorsqu'une ré-hospitalisation rapide est nécessaire. Une attention particulière doit être apportée à la médicalisation des EHPAD afin d'éviter des transports inadaptés vers les services d'urgence, générateurs d'une morbi-mortalité plus élevée.

La prévention des complications des maladies chroniques doit reposer sur une surveillance s'appuyant sur la télémédecine et une anticipation des parcours de soins privilégiant les services traitants de ces patients. L'organisation des bilans de ces pathologies chroniques doit reposer sur les professionnels du premier recours et ne doivent plus être systématiquement réalisés au cours d'hospitalisation programmées, en dehors d'examen très spécialisés.

L'accès des médecins traitants aux différents spécialistes, hospitaliers ou libéraux, doit être facilité et valoriser afin de fluidifier les parcours en période normale comme en période de permanence des soins.

Il convient aussi de ne pas négliger la composante sociale indissociable de tout parcours de soin et de s'appuyer systématiquement, pour toute hospitalisation, sur les professionnels institutionnels du secteur sans oublier les partenaires associatifs comme la Croix Rouge Française.

Fluidifier les parcours de soins c'est anticiper et faire coordonner ces parcours par le médecin traitant en priorité mais également, en cas d'urgence et de soins non programmés quand le médecin traitant ne peut agir, par le Service d'Accès aux Soins dont la généralisation devra intervenir dans les plus brefs délais.

AXE N°8 : ÉVALUER ET PILOTER LA POLITIQUE MISE EN ŒUVRE

Toute réforme de notre système de Santé et de notre organisation des soins entraîne, par définition, une mise en jeu de la qualité et de la sécurité des soins et demande à la Nation un investissement financier important. Il est alors indispensable d'assurer un pilotage précis des mesures proposées et que les différents territoires vont s'approprier en fonction des besoins de santé de leur population.

Chaque mesure doit donc impérativement s'accompagner d'un programme de déploiement, d'une évaluation, y compris médico-économique, et de critères d'impact afin de s'assurer de son efficacité et de sa réelle efficacité, au plus près des besoins des patients et des professionnels de santé.

Ce pilotage territorial doit être transparent et confié, sous la responsabilité des ARS, à toutes les parties prenantes de Santé : soignés, soignants et élus.

5. EN CONCLUSION

A l'issue de cette mission centrée sur la réponse aux besoins de santé en urgence et en soins non programmés il nous semble important de relever des éléments essentiels à l'évolution de notre système de santé vers plus d'efficacité et de qualité, tant pour les soignés que pour les soignants :

- Notre système de santé doit prendre en compte **toutes les composantes de la santé** à savoir la prévention, le dépistage, les soins et la suite des soins ;
- Notre système de Santé doit changer de paradigme, être dédié à la **réponse aux besoins de santé** et non plus à l'organisation d'une offre de soins concurrentielle, coûteuse et inadaptée ;
- Notre système de Santé doit se reconstruire sur la base d'une **collaboration équilibrée** entre tous les professionnels de santé, médicaux et non médicaux, libéraux et hospitaliers, en tenant compte des aspirations des soignés, des soignants et des élus de la République ;
- Notre système de Santé doit favoriser une **répartition organisée et concertée** des professionnels de santé sur tout le territoire national ;
- Notre système de Santé durable doit miser sur la **recherche et l'innovation** en santé et en organisation afin de garantir l'équité de traitement devant la maladie.



ANNEXE

Lettre de mission



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La Ministre

Paris, le 31 mai 2022

Monsieur le Président,

La pandémie de Covid-19 a mis en évidence les forces de notre système de santé, qui tiennent à l'extraordinaire mobilisation solidaire des professionnels de santé, leur résilience et leur immense capacité d'adaptation face à des flux de patients inédits. Elle nous en a aussi rappelé ses faiblesses, qui se cristallisent à nouveau, avec une intensité particulière, au sein des services d'urgences.

A la jonction d'une médecine de ville fortement sollicitée et d'un hôpital pris en étau entre le renforcement des parcours programmés et le retour complexe à un fonctionnement normal à l'issue de la crise, les urgences cumulent les difficultés du système en étant les principaux acteurs de l'accès à des soins H24 et 7/7.

En cela, la « crise des urgences » est bien le symptôme d'une crise plus large et plus profonde, celle de l'accès de plus en plus difficile de nos concitoyens aux soins non programmés, qu'ils soient courants ou urgents, en ville comme à l'hôpital.

Face à l'urgence à apporter des réponses aux besoins de santé des Français tout en améliorant les conditions d'exercice de nos professionnels, votre mission consistera à identifier ces dysfonctionnements, ainsi que les facteurs explicatifs et l'intensité des difficultés rencontrées au plan des ressources soignantes. Il s'agira de proposer des solutions pragmatiques, rapidement applicables, afin de maintenir, par l'élan collectif des professionnels de santé dans les territoires, la continuité de l'accès aux soins urgents dans les mois qui viennent, ainsi que de soutenir et accompagner les équipes qui sont mobilisées.

Les solutions que vous proposerez constitueront une « boîte à outils » opérationnelle, mobilisables dans un délai court par les territoires tout en étant personnalisables en fonction de la réalité de leurs besoins. Vous veillerez à ce que les solutions proposées associent l'ensemble des acteurs concernés, dans une approche partenariale et globale face aux besoins de santé de la population, et solidaire face aux efforts à consentir. Vous rencontrerez des professionnels de santé, leurs représentants, et associerez étroitement les élus locaux et les représentants des soignés.

Pour valoriser et partager les réussites, vous vous déplacerez sur le territoire national et identifierez les solutions qui ont pu être mises en place, leur impact sur l'accès aux soins urgents et non programmés, leur acceptabilité, et plus largement les conditions de leur efficacité pour mieux répondre aux besoins des Français en ville et à l'hôpital.

.../...

Samu - Urgences de France
Dr François BRAUN, Président
103 Boulevard de Magenta
75010 Paris

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

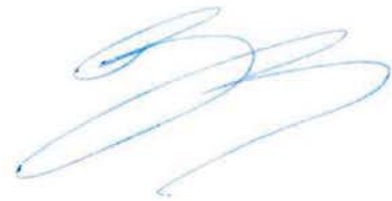
Votre mission d'appui pourra faire émerger ces solutions autour de trois axes: le patient et ses besoins, le professionnel de santé et ses aspirations, le cadre de régulation et ses adaptations territoriales.

Mon ambition et celle du Gouvernement étant de préparer l'évolution de notre système de santé sur le moyen et le long terme, vous serez également invité à identifier des pistes plus pérennes afin de solidifier durablement l'accès à des soins urgents et non programmés sur l'ensemble du territoire, et d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé, notamment en redonnant du sens à leur mission de proximité au service de la population.

Pour vous aider dans cette mission, vous vous entourerez d'un groupe restreint de professionnels, libéraux et hospitaliers, avec la contribution du Pr Karim Tazarourte, Président de la Société française de médecine d'urgence ; du Dr Antoine Leveneur, Président de la Conférence nationale des URPS de médecins libéraux ; du Dr Delphine Tortiget, médecin généraliste de terrain, et de Thomas Deroche, directeur général de l'Agence régionale de santé de Normandie.

Nous organiserons des échanges réguliers ces prochaines semaines, et vous me rendrez vos propositions pour le 28 juin prochain.

Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation, veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.



Brigitte BOURGUIGNON

**MISSION FLASH
SUR LES URGENCES
ET SOINS NON
PROGRAMMÉS**