

6

Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités

PRÉSENTATION

En 2016, les services d'urgence des établissements de santé, principalement publics, ont accueilli 21,2 millions de passages pour un coût de 3,1 Md€ à la charge de l'assurance maladie et des autres financeurs (complémentaires santé et ménages).

En 2014¹⁶⁶, la Cour faisait le constat d'une augmentation continue du recours aux services d'urgence hospitaliers, portant essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation. Elle soulignait leur rôle dans la prise en charge de soins non programmés, faute notamment de réponse suffisante de la part de la médecine de ville. Elle relevait également des failles en termes de tensions hospitalières, d'inadéquation des prises en charge et de faiblesse du recueil de données, cette situation faisant obstacle à des analyses fines des caractéristiques des patients venant aux urgences.

Dans ce contexte, la Cour appelait à une redéfinition du rôle des services d'urgence dans le système de soins et formulait cinq recommandations visant à généraliser les nouveaux modes d'organisation interne des urgences qui ont fait la preuve de leur efficacité ; à faire évoluer la tarification en vue d'améliorer l'efficacité des urgences ; à mesurer et analyser les « passages évitables » aux urgences de patients dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville ; et à renforcer l'offre disponible en ville dans le cadre notamment de structures dotées d'un plateau technique léger et aux horaires de la permanence des soins.

¹⁶⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014, chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, p. 349-378, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

À la suite d'une nouvelle enquête sur ce sujet, la Cour constate que les améliorations organisationnelles mises en œuvre depuis 2014 à l'hôpital n'ont pas porté tous leurs effets, faute d'un partage des tâches avec la ville permettant de réaliser un véritable virage ambulatoire¹⁶⁷. Malgré des avancées en termes de recueil des données et d'organisation des services, les urgences demeurent trop sollicitées, entraînant de fréquentes situations de tension dans les établissements (I). La tarification est demeurée complexe et peu propice à un report des prises en charge hospitalières vers une médecine de ville insuffisamment outillée pour les accueillir (II). Désengorger les urgences nécessite de développer les alternatives aux urgences hospitalières en ville, de réorganiser les services d'urgence à l'hôpital et de réformer leurs modalités de financement (III).

I - Des services d'urgence mieux structurés, confrontés à une demande toujours croissante des usagers

Si l'augmentation continue du recours aux services d'urgence a conduit ceux-ci à mieux s'organiser, le sous-effectif médical suscite des tensions dans un nombre croissant d'établissements.

A - Une hausse continue du recours aux urgences, correspondant pour partie à des prises en charge injustifiées

1 - Une dynamique de croissance inchangée, des temps de passage stables mais disparates

L'activité des services d'urgence a continué à croître depuis la dernière enquête de la Cour : le dernier nombre de passages annuels connu, celui de 2016, est de 21,2 millions (contre 18,4 millions en 2012¹⁶⁸), soit une augmentation de près de 15 % en 4 ans et, en moyenne, de 3,6 % par an. Cette croissance a porté essentiellement sur les passages non suivis

¹⁶⁷ Sur cette thématique, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2018, chapitre V. Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital, p. 169-202, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁸ Le rapport de la Cour de 2014 s'appuyait sur les dernières données disponibles, celles de 2012 ou 2013 selon les indicateurs.

d'hospitalisation, dont le nombre a fortement augmenté en 2014 et en 2015 (+ 5 % par an), un peu moins en 2016 (+2,4 %).

Dans le même temps, l'offre de soins est demeurée stable, le nombre de structures d'urgence s'établissant à 641 en 2016. Selon des proportions stables dans le temps, les établissements publics ont pris en charge cette même année 81,9 % des passages, contre 4,4 % pour le secteur privé non lucratif et 12,7 % des passages pour le secteur privé lucratif¹⁶⁹, qui accueille proportionnellement moins d'enfants et de personnes âgées que ne le font les urgences publiques.

Comme en 2012, la traumatologie reste la principale cause de venue aux urgences (36 %) et 20 % des passages débouchent sur une hospitalisation : 10 à 15 % dans le secteur privé lucratif, 26 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), le taux d'hospitalisation atteignant 56 % pour les plus de 75 ans. La majorité des passages se situe aux heures ouvrables et en début de soirée, avec des pics en milieu de matinée et entre 18h et 22h¹⁷⁰.

Comme en 2014, les temps de passage médians, couvrant l'attente et la prise en charge, atteignent deux heures pour la moitié des patients, ce qui paraît raisonnable.

Ces temps de passage varient cependant fortement en fonction de l'âge des patients, de la région ou du type d'établissement. La prise en charge est au moins deux fois plus longue pour les personnes âgées, qui nécessitent davantage d'examen complémentaires et pour lesquelles les délais pour obtenir si besoin un lit d'aval sont plus importants. De même, en région Île-de-France, le temps de passage médian est de 2h40 et se situe entre 4 et 8 heures pour près de 25 % des patients, voire plus de 8 heures pour près de 10 % d'entre eux. La région Auvergne-Rhône-Alpes présente des temps de passage similaires.

Les temps de passage sont enfin souvent longs en CHU (durée d'attente médiane de 4 heures à l'hôpital de la Timone à Marseille, 5 heures au CHU de Nancy et 4 heures 15 à celui de Strasbourg). D'une manière

¹⁶⁹ Les 1 % restants relèvent du service de santé des armées (SSA).

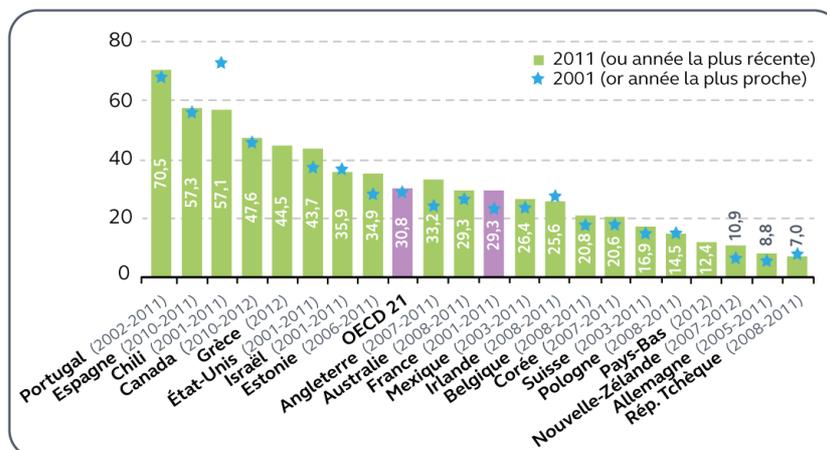
¹⁷⁰ Ces données sont cohérentes avec celles de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières, menée le 11 juin 2013 par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>.

générale, ils sont plus élevés dans le secteur public que dans le secteur privé.

2 - Une fréquentation qui recouvre une part importante de passages évitables

L'OCDE identifie deux types de facteurs à l'origine de l'augmentation du recours aux urgences¹⁷¹ constatée dans la plupart des pays développés : des facteurs liés à la demande (préférence pour la présence sur un même lieu de l'ensemble des services, besoins de santé, caractéristiques socio-économiques) et des facteurs liés à l'offre (évolution des pratiques médicales avec des examens complémentaires plus systématiques, absence croissante de médecins intervenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets).

Graphique n° 1 : évolution du nombre de passages par un service d'urgences en % de la population entre 2001 et 2011* dans les pays de l'OCDE



Source : OCDE. (*Remarque : l'OCDE attire l'attention sur les précautions à prendre pour l'interprétation de ces données compte tenu des définitions des services d'urgence qui peuvent varier d'un pays à l'autre)

En 2014, la Cour constatait que la méconnaissance des caractéristiques des patients recourant aux urgences rendait difficile la détermination de la part d'entre eux qui pourrait être pris en charge en médecine de ville. Elle recommandait dès lors de mesurer et d'analyser

¹⁷¹ Berchet, C. (2015), "Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand", OECD. Health Working Papers, No. 83, OECD, Paris.

plus finement ces « passages évitables » qui constituent un enjeu majeur pour la bonne orientation des patients, sur le plan médical comme financier.

L'estimation du nombre de ces passages évitables reste sujette à controverse. Elle doit en tout état de cause prendre en considération l'ensemble de l'offre de soins non programmés disponible sur un territoire donné, et tenir compte de l'état clinique des patients se présentant aux urgences.

En se fondant sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), renseignée en France par l'urgentiste après la prise en charge du patient, il est permis d'estimer, de manière sommaire¹⁷², que les 10 à 20 % des patients n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale (CCMU 1) auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale. *A contrario*, une telle prise en charge paraît exclue pour les patients classés en CCMU 3 (instables médicalement), et 4 et 5 (mise en jeu du pronostic vital et réalisation de gestes de réanimation). La catégorie intermédiaire, la plus nombreuse (60 à 70 % des passages), est constituée par les patients CCMU 2, dont l'état est stable, mais qui ont besoin d'examen complémentaires et ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à condition d'avoir accès à des plages de consultation et d'examen complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite traumatologie¹⁷³. Il est ainsi permis de considérer qu'environ 20 %¹⁷⁴ des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients.

¹⁷² Une partie de ces patients était néanmoins susceptible de présenter des symptômes qui, avant la consultation par l'urgentiste, pouvaient laisser craindre une affection nécessitant des actes ou examens complémentaires. Réalisée *a posteriori*, la CCMU ne constitue pas un outil de « triage » des patients par les professionnels, et la fiabilité de son codage est très variable d'un établissement à l'autre.

¹⁷³ La plupart des médecins généralistes ne pratiquent plus d'actes de petite chirurgie ou ne le font que très peu : seuls un tiers des médecins installés en ville ont réalisé en 2017 au moins un acte de suture ou de petite traumatologie, et, parmi eux, près de 60 % a réalisé moins de 5 actes (source : données CNAM 2017).

¹⁷⁴ Ce qui correspondrait approximativement à 15 % de patients en CCMU 1 (pourcentage intermédiaire entre les bornes basse et haute de l'estimation actuelle) + 5 % de patients en CCMU 2 (soit une petite partie des 60 à 70 % de patients actuellement dans cette catégorie).

B - Des avancées notables en termes de recueil de données et d'organisation

Bien que la Cour ait souligné à plusieurs reprises l'enjeu de disposer de données fiables et homogènes pour analyser l'activité des urgences hospitalières, les caractéristiques des patients venant aux urgences étaient encore en 2014 mal renseignées dans les systèmes d'information.

Cette connaissance a progressé depuis lors, grâce à la généralisation des résumés de passages aux urgences (RPU), qui renseignent systématiquement sur les causes du recours aux urgences, les modes d'arrivée ou de sortie et les durées de passage.

Ces données ainsi que celles de l'enquête « un jour donné » de la DREES ont mis en évidence plusieurs progrès organisationnels, qui répondent aux préconisations de la Cour.

Ainsi, 80 % des services d'urgence disposaient en 2016 d'une fonction d'accueil et de triage des patients à l'entrée. Cette fonction est généralement assumée par un(e) infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IAO)¹⁷⁵, qui établit des priorités dans la prise en charge des patients à leur arrivée, en fonction de la gravité de leur état et du degré d'urgence des soins à donner.

De même, les « circuits courts », destinés à traiter rapidement des cas légers¹⁷⁶, se sont généralisés dans les structures à forte activité.

Enfin, dans une moindre mesure, les expériences de « gestionnaires de lits » visant à faciliter et à rationaliser les hospitalisations en sortie d'urgences se sont multipliées, surtout dans les structures assurant un grand nombre de passages. Des difficultés d'aval perdurent néanmoins dans de nombreux sites, notamment pour l'hospitalisation des personnes âgées.

Certains établissements expérimentent enfin des dispositifs associant *in situ* la médecine de ville à la prise en charge des urgences.

¹⁷⁵ Certains services, à forte activité, se sont également dotés d'un médecin d'accueil et d'orientation (MAO).

¹⁷⁶ Les patients relevant d'une consultation simple ou de la petite traumatologie sont adressés dans ce type de circuit une fois le tri effectué par l'IAO. Un médecin senior dédié prend en charge la file active de ces patients, indépendante des cas plus sévères qui mobilisent davantage de ressources médicales et paramédicales.

Des consultations aux urgences assurées par des médecins de ville

Certains établissements expérimentent l'orientation en journée vers une consultation assurée par des médecins de ville à proximité des urgences.

L'hôpital Robert-Debré à Paris est ainsi engagé, depuis plusieurs années, dans un partenariat avec le centre médical Europe, qui assure une présence médicale dans deux box à proximité du service des urgences, le soir en semaine de 19 h à minuit ainsi que le week-end de 9 h à minuit. Ces consultations prennent en charge des patients de la catégorie CCMU 1, qui sont réorientés par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences pédiatriques. Au total, 12 000 passages annuels sont ainsi réorientés, pour un flux de passages aux urgences approchant 91 000 par an.

Ces progrès dans l'organisation fluidifient les parcours et améliorent la qualité des prises en charge. Ils ont vraisemblablement permis d'absorber l'augmentation continue de l'activité sans dégradation notable des temps de passage.

Les services d'accueil des urgences connaissent néanmoins toujours des situations de saturation et de tension, exacerbées lors des périodes de pic d'épidémie, qui tendent à se chroniciser, les ressources médicales disponibles n'étant plus suffisantes pour couvrir une augmentation continue de l'activité.

C - Un sous-effectif médical générateur de tension dans un nombre croissant d'établissements

Au 31 décembre 2016, environ 9 500 médecins travaillaient au sein de services d'urgence. Depuis 2013, leur nombre a augmenté de 13 %, soit un rythme légèrement inférieur à celui de la progression de l'activité (15 % sur la même période). Toutefois, le mode d'exercice s'est profondément transformé entre 2013 et 2016 : la proportion de médecins travaillant à temps partiel est de 77 % en 2016, contre 46 % en 2013. Les services d'accueil des urgences sont particulièrement touchés par les difficultés de recrutement de personnels médicaux. En effet, la couverture des besoins subit à la fois les conséquences de la diminution du nombre global de praticiens exerçant dans ces services, et celles de la réforme du temps de travail à l'hôpital, qui devrait, à terme, engendrer, à organisation constante, un besoin supplémentaire d'ETP d'urgentistes de l'ordre de 20 %¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Depuis 2015, pour se mettre en conformité avec la réglementation européenne, la France a dû limiter les obligations de service liées au travail clinique posté à 39 heures par semaine en moyenne sur quatre mois. Les obligations de service liées aux activités non postées sont forfaitisées et contractualisées entre le praticien et le chef de service de l'établissement.

Dans ce contexte, le centre national de gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et les Agences régionales de santé (ARS) font état de nombreux postes vacants ou occupés par des personnels à statut précaire. Les données transmises par le CNG au 1^{er} janvier 2017 font apparaître un taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers (PH) exerçant en médecine d'urgence de 25 % pour les PH à temps plein et 45 % pour les PH à temps partiel.

Cette situation renforce les tensions sur les effectifs des services d'urgence et impose aux établissements des coûts supplémentaires liés à la rémunération du temps de travail additionnel et au recours à des personnels intérimaires. Les charges liées à l'intérim connaissent une forte croissance dans la plupart des régions, essentiellement dans les centres hospitaliers de taille moyenne et petite, et ceci malgré des tentatives pour en limiter le montant.

Une hausse exponentielle du recours à l'intérim dans les services d'urgence hospitaliers publics

La région Ile-de-France, considérée pourtant comme attractive pour les médecins, se trouve dans une situation extrêmement tendue, les heures d'intérim ayant crû de 60 % par an ces deux dernières années. En Bretagne, l'ARS signale une hausse des charges d'intérim de 47 % en 2017.

Par ailleurs, la rémunération des praticiens, que le ministère tente de plafonner en s'appuyant sur les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé du 11 janvier 2016¹⁷⁸, peut atteindre des coûts à la journée de 1 300 € net et de 2 000 € pour 24h (soit 4 500 € brut). Les exigences de rémunération sont particulièrement fortes à certaines périodes de l'année (Noël, jour de l'an ou congés estivaux).

¹⁷⁸ Sur le fondement de l'article L. 6146-3 du code de santé publique modifié par cette loi, le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé et l'arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire encadrent désormais les termes des contrats signés par les établissements publics de santé avec les agences d'intérim.

La situation est encore plus problématique outre-mer. À l'exception de La Réunion, les services d'urgence ont le plus grand mal à recruter et font appel non seulement à l'intérim, mais aussi à la réserve sanitaire¹⁷⁹.

Malgré les efforts entrepris pour réorganiser le circuit des patients dans les services d'urgence, le système actuel semble à bout de souffle. Les situations de tension récurrentes et la pénurie de personnel constatées dans certains établissements témoignent des difficultés à assurer la permanence des soins dans tous les territoires, notamment en « nuit profonde »¹⁸⁰.

II - Des difficultés persistantes d'articulation entre la ville et l'hôpital

L'articulation entre la ville et l'hôpital est délicate, en raison d'une tarification peu adaptée et de l'insuffisance de l'offre de soins non programmés en médecine de ville.

A - Une tarification complexe, qui ne favorise pas la coopération ville-hôpital

En 2016, les dépenses liées aux passages dans les services d'urgence se sont élevées à 13,1 Md€¹⁸¹, soit 17 % de l'ONDAM hospitalier. Si on exclut les dépenses d'hospitalisation, indépendantes pour l'essentiel du mode d'admission à l'hôpital (admission programmée ou entrée par les urgences), les dépenses des services d'urgence *stricto sensu*¹⁸² atteignaient 3,1 Md€. Elles ont connu une hausse moyenne annuelle de 4 % depuis 2013, pour une progression de l'activité de l'ordre de 5 % en moyenne annuelle pour les passages non suivis d'hospitalisation.

¹⁷⁹ La réserve sanitaire est constituée de professionnels de santé mobilisables à tout moment par le ministère de la santé ou les agences régionales de santé.

¹⁸⁰ Définie dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires comme correspondant à la période de minuit à 8 h.

¹⁸¹ Ce montant comprend les forfaits d'accueil des urgences (FAU), d'accueil et traitement des urgences (ATU), les actes et consultations externes, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et l'ensemble des hospitalisations provenant des urgences, qu'elles aient entraîné ou non un passage en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

¹⁸² C'est-à-dire le périmètre des dépenses correspondant aux passages et aux hospitalisations exclusives en UHCD (FAU + ATU + ACE + AC + UHCD exclusives).

Le financement des structures d'urgence

Le financement des urgences comprend plusieurs éléments :

- un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) de 25,32 € dû pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du même établissement ;
- un « forfait annuel urgences » (FAU) qui s'élève depuis 2016 à 730 000 € pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà de 9 000.

À ces financements s'ajoutent ceux liés à la facturation des consultations et examens de biologie et d'imagerie, ainsi que des recettes de séjour en cas d'hospitalisation.

En 2016, le coût moyen pour l'assurance maladie, quel que soit le degré de gravité de la pathologie du patient, d'un passage aux urgences sans hospitalisation en UHCD, a été de 148 €¹⁸³. Si l'on considère les coûts assurance maladie liés aux passages correspondant à des consultations simples (CCMU 1), il a été de 115 € en journée, 150 € la nuit et 134 € le week-end¹⁸⁴ dans les établissements publics et privés à but non lucratif¹⁸⁵. Par comparaison, une consultation en ville est revenue, pour l'assurance maladie, à 25 € en journée, à 71 € la nuit et à 54 € le week-end, et la visite à domicile à 84 € en journée et 104 € la nuit (compte tenu du forfait d'astreinte).

La Cour indiquait en 2014 que ce dispositif tarifaire complexe incitait à l'activité au lieu d'encourager les efforts de régulation. Peu d'évolutions sont intervenues depuis lors. Le financement des structures d'urgence reste fondé sur la perception pour chaque passage d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) et un forfait d'accueil des urgences (FAU) par établissement, soit respectivement 339 M€ et 1 173 M€ de dépenses pour l'assurance maladie en 2016. Les hospitalisations en UHCD (au sein du service des urgences) ont quant à elles engendré cette même année 614 M€ de dépenses remboursables par l'assurance maladie (part complémentaire comprise). Enfin, les services d'urgence facturent, à l'Assurance maladie, des consultations externes

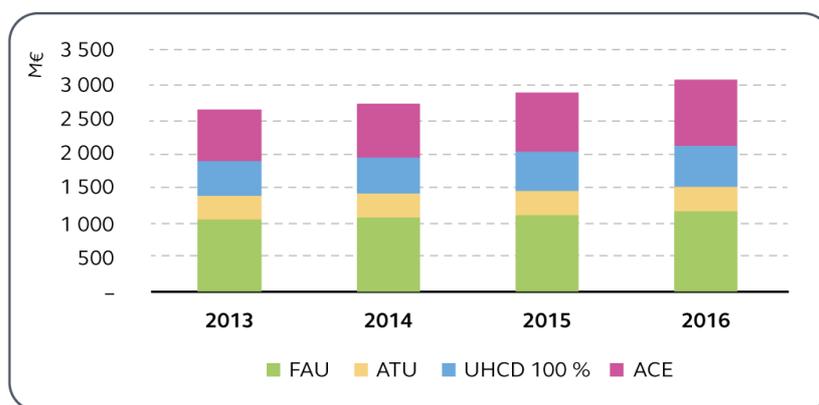
¹⁸³ Total ATU + FAU + ACE + AC divisé par nombre de passages.

¹⁸⁴ Journée : ATU + FAU moyen par acte + consultation. Nuit : même chose qu'en journée + majoration de nuit. Week-end : même chose qu'en journée + majoration de week-end. Les coûts assurance maladie hors financements correspondent à l'aide à la contractualisation (qui représente 1,8% du coût moyen, soit 2,6 € par passage).

¹⁸⁵ Et respectivement de 81 €, 116 € et 100 € dans le secteur privé à but lucratif (la différence tenant à une valeur moindre du FAU dans le secteur privé).

(949 M€ de dépenses remboursables en 2016), qui constituent actuellement le poste le plus dynamique (+ 27 % entre 2013 et 2016).

Graphique n° 2 : évolution des financements assurance maladie en faveur des services d'urgence



Source : ATIH.

Note de lecture : Les financements « UHCD 100 % » correspondent à des patients qui ont été hospitalisés en UHCD et sont ensuite sortis des urgences, sans hospitalisation dans un service autre service de l'hôpital.

Dans le cadre actuel du financement des structures d'urgence, la croissance du nombre de passages permet aux établissements de dynamiser leurs recettes alors que le report d'une partie des passages évitables sur la médecine de ville, porteur d'économies pour l'assurance maladie, est financièrement pénalisant pour eux. En effet, la tarification au forfait opère une péréquation entre les cas légers, qui sont « sur-financés », et les cas lourds, qui sont « sous-financés ».

Exemple d'impact financier du transfert des passages vers la médecine de ville pour un établissement de santé

En complément de consultations déjà assurées dans ses locaux par des médecins libéraux au sein des urgences hospitalières, l'hôpital universitaire Robert Debré à Paris, précédemment cité, souhaiterait réorienter une partie des patients non urgents vers une maison de santé pluridisciplinaire partenaire. Il évalue à 2,3 M€ la diminution de ses ressources liées au transfert vers la médecine de ville de 20 000 passages annuels, alors qu'il devra toujours assurer la prise en charge des cas lourds, que les forfaits et consultations correspondants ne suffiront pas à financer.

B - Une offre de soins non programmés toujours insuffisante du côté de la médecine de ville

Les dispositifs encouragés par les pouvoirs publics au cours des dernières années en faveur d'une offre non programmée en ville se sont révélés en partie décevants. Ainsi, l'impact des maisons médicales de garde (MMG)¹⁸⁶ intervenant aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)¹⁸⁷ demeure incertain, avec des retours d'expérience qui semblent contrastés¹⁸⁸, tandis qu'il reste difficile de démontrer un lien entre l'évolution de leur fréquentation et celle des passages dans les structures d'urgence du même territoire¹⁸⁹. Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)¹⁹⁰, dont plus de la moitié adhèrent à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)¹⁹¹, se sont engagées à proposer des soins non programmés. Elles ne sont cependant pas en capacité de traiter certains types de patients, compte tenu de l'absence de plateau technique.

Les expériences les plus abouties sont celles qui associent sur un même lieu un établissement de santé et une maison médicale de garde, voire une maison de santé pluridisciplinaire ou un centre de santé. En dehors de ces dispositifs, une des limites du virage ambulatoire promu par les pouvoirs publics tient aux insuffisances de l'accès aux soins non programmés en dehors des structures hospitalières.

¹⁸⁶ Une maison médicale de garde (MMG) est un lieu fixe proposant des consultations de médecine générale non programmées, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins. En 2015, le Conseil national de l'Ordre recensait 443 points fixes identifiés par le cahier des charges régional de la PDSA, incluant principalement les maisons médicales de garde (MMG), mais également des centres de consultations (gérés par des associations type SOS Médecins).

¹⁸⁷ De 20h à 8h ainsi que les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

¹⁸⁸ Rapport d'information de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, *La situation des urgences hospitalières, en liaison avec l'organisation de la permanence des soins*, juillet 2017.

¹⁸⁹ À titre d'exemple, à Paris, les 7 maisons médicales de garde assurent 20 000 consultations par an, le nombre de passages aux urgences dans les établissements intra-muros étant de 950 000.

¹⁹⁰ Une maison de santé pluridisciplinaire est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des soins de premier recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent, transmis pour information à l'agence régionale de santé. Il en existe près de 900 à ce jour.

¹⁹¹ L'accord conventionnel interprofessionnel (2017) signé par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations représentatives des principaux professionnels de santé prévoit une rémunération conventionnelle, basée sur l'atteinte d'indicateurs, parmi lesquels l'organisation de plages de soins non programmés.

Dans ce contexte, les associations du type de SOS Médecins viennent pallier dans les zones urbaines les difficultés à recourir à un médecin recevant hors rendez-vous ou à bref délai, que ce soit en soirée, en week-end, voire souvent aux heures « ouvrables ».

À la juxtaposition des dispositifs s'ajoute la multiplication des numéros d'appel, déjà soulignée par la Cour en 2014, le tout contribuant à brouiller les possibilités de recours aux soins non programmés en dehors de l'hôpital pour la population.

La régulation médicale des demandes de soins non programmés

La multiplication des numéros d'appel (15, 17, 18, 116 117, numéros SOS médecins...), déjà soulignée par la Cour en 2014, reste source de confusion pour la population. Ceci explique en partie les échecs d'une véritable régulation médicale des urgences, notamment aux horaires de la PDSA, malgré plusieurs expériences réussies de participation à la régulation par des professionnels libéraux dans les centres 15.

La mise en place d'un numéro national spécifiquement consacré à la PDSA, le 116 117, a été envisagée par les pouvoirs publics et un début d'expérimentation a eu lieu dans trois régions (Pays de la Loire, Corse et Normandie). À ce jour, l'extension de ce projet est cependant suspendue dans l'attente des conclusions d'une mission conjointe confiée à l'IGAS et à l'IGA, visant à définir des scénarios de plateformes communes de réception des appels d'urgence. Les positions des acteurs restent contrastées : la piste d'un seul numéro, le 15, pour tous les appels ayant trait à la santé, privilégiée par la mission confiée à M. Thomas MESNIER, député de la Charente¹⁹², suscite l'hostilité des médecins libéraux, opposés à l'idée de voir disparaître le 116 117 ou les autres numéros de la PDSA, le numéro de SOS Médecins, etc.

¹⁹² Rapport de M. Thomas MESNIER, député de la Charente, à la ministre des solidarités et de la santé : *Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires*, mai 2018.

III - Accélérer les réformes pour favoriser la variété des réponses aux soins urgents sur les territoires

Face à la persistance d'un engorgement des urgences hospitalières, plusieurs leviers doivent être actionnés, dans le cadre d'une approche globale et coordonnée des soins non programmés.

À cet égard, plusieurs mesures récemment annoncées par les pouvoirs publics dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » pourraient contribuer à réduire le recours aux urgences.

Le volet « repenser l'organisation territoriale des soins » prévoit un renforcement de l'exercice coordonné, visant notamment les personnes atteintes de maladies chroniques, et une meilleure structuration des prises en charge à domicile ; tandis que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dont le dispositif a été créé en 2016, seront généralisées sur l'ensemble du territoire national et devront assurer la continuité et la permanence des soins ne nécessitant pas de plateau technique. En particulier, elles devront garantir aux patients la possibilité d'obtenir une consultation dans la journée en cas de nécessité.

Le volet « modes de financement et de régulation » prévoit d'expérimenter pendant trois ans l'attribution d'une incitation financière aux structures d'urgence s'efforçant de réorienter vers la ville les patients ne nécessitant qu'une consultation simple¹⁹³.

La Cour préconise les évolutions complémentaires suivantes afin de réduire le recours aux urgences et mieux assurer la permanence des soins.

A - Développer des alternatives aux urgences en ville

1 - Favoriser les coopérations ville-hôpital sur les territoires

La mission d'organisation de l'accès aux soins urgents confiée aux ARS ne doit plus être confinée aux urgences hospitalières, mais viser l'offre de soins non programmés dans son ensemble.

À cette fin, les comités techniques régionaux des urgences (CTRU), institués au demeurant en vue d'un objet partiel (suivre la réforme du temps de travail dans les services d'urgence), devraient laisser place à de

¹⁹³ Article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

véritables comités régionaux de pilotage des soins non programmés. D'ailleurs, plusieurs ARS (Grand Est, Île-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes) travaillent d'ores et déjà en matière de planification de l'offre, sur la base d'une approche globale et graduée, avec plusieurs niveaux, allant de la médecine de ville aux structures d'urgence, en passant par des centres consacrés aux soins non programmés.

Dans le cadre de cette approche transversale et de la mise en œuvre des nouveaux projets régionaux de santé (PRS), les ARS doivent davantage mobiliser les nouveaux modes d'organisation, que ce soit au niveau hospitalier (constitution des groupes hospitaliers de territoire - GHT) ou au niveau ambulatoire (communauté professionnelle territoriale de santé - CPTS) pour impulser une coordination au sein et entre les deux secteurs de soins hospitaliers et de ville. La révision à mi-parcours, en 2020, des schémas régionaux en santé, pourrait être l'occasion d'un premier bilan. Dans les zones rurales à faible densité médicale, qui soulèvent des difficultés spécifiques, les ARS doivent s'appuyer plus largement sur les médecins correspondants de SAMU (MCS)¹⁹⁴ ou les antennes de SMUR.

Il est, par ailleurs, indispensable que les ARS procèdent à un état des lieux, et, le cas échéant, à une restructuration des services dont la faible activité, notamment en « nuit profonde », ne permet plus d'assurer la permanence des soins dans des conditions financièrement supportables.

Lorsque la remise en cause de l'autorisation d'activité du service d'urgence n'apparaît pas souhaitable, un assouplissement des modalités de fonctionnement, comportant par exemple des fermetures nocturnes, aujourd'hui non autorisées par les textes, devrait être mis à l'étude. Par ailleurs, la transformation de services d'urgence en centres de soins non programmés, comme c'est déjà le cas sur certains sites, devrait être plus largement envisagée.

¹⁹⁴ Les médecins correspondants du SAMU (MCS) sont des médecins volontaires formés à l'urgence qui interviennent en avant-poste des SMUR dans des territoires identifiés sur demande de la régulation médicale du SAMU-Centre 15. Leur nombre n'a cessé d'augmenter depuis 2012 (150 en 2012, 580 fin 2016), au regard d'une cible aujourd'hui fixée à 700. Si son bilan est contrasté selon les régions, ce dispositif a fait ses preuves dans les territoires isolés, notamment en Corse, PACA, Bourgogne-Franche-Comté et Auvergne-Rhône-Alpes.

2 - Développer la prise en charge des soins non programmés en ville

Afin de développer les alternatives aux urgences, il convient de renforcer la continuité des soins en ville dans le cadre du virage ambulatoire du système de santé.

Dans le cadre conventionnel¹⁹⁵, des efforts ont été faits pour encourager les médecins de ville à mieux répondre à la demande de soins non programmés (majorations, revalorisation de la visite à domicile dans certains cas¹⁹⁶) : il conviendra d'en dresser le bilan. C'est également dans ce cadre que la permanence des soins ambulatoires doit être renforcée.

Pour répondre à des situations nécessitant davantage d'examen et pour la petite traumatologie, un autre schéma est en train d'émerger, sur le modèle des « *walk in centers* »¹⁹⁷ qui existent notamment au Royaume-Uni, aux États-Unis ou en Australie. Ces structures, qui auraient accès à un petit plateau technique (*in situ* ou à proximité), pourraient être hébergées par des MSP ou par les 500 à 600 « hôpitaux de proximité » comportant des plateaux techniques (imagerie, biologie, explorations) qui doivent être labellisés d'ici à 2022 en application du plan « Ma santé 2022 » ou encore être issues de la transformation de petits services d'urgence en voie de fermeture. Elles prendraient essentiellement en charge des patients stables, relevant de consultations simples ou de consultations comportant un nombre limité d'actes diagnostiques ou thérapeutiques. La petite traumatologie constituerait sans doute l'un des principaux motifs de prise en charge, sous réserve de disposer des compétences médicales et du petit matériel nécessaire.

¹⁹⁵ Convention médicale du 26 août 2016.

¹⁹⁶ Des mesures ont été prises dans le cadre de la dernière convention médicale du 26 août 2016, avec la mise en place de différentes majorations en cas de prise en charge non programmée : une revalorisation de la « visite longue » a également été mise en place en novembre 2017.

¹⁹⁷ Définis dans la plupart des pays comme des structures de soins sans rendez-vous, dotées d'un petit plateau technique et exclusivement consacrées à la prise en charge de consultations médicales et de petite chirurgie.

Le centre de soins non programmés d'Essey-lès-Nancy

À Essey-lès-Nancy (Meurthe-et-Moselle), le centre médical de soins immédiats (CMSI) fonctionne sous la forme d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), avec des urgentistes et des infirmiers libéraux, tandis que le personnel d'accueil est salarié. Il est ouvert de 8h à 20h du lundi au samedi et dimanche matin et après-midi. Il reçoit près de 80 % de patients relevant de la catégorie CCMU 2 (beaucoup de petite traumatologie) et s'appuie sur le plateau technique de la clinique qui lui fait face. Il reçoit environ 20 000 passages par an. Dans 40 % des cas, les patients sont orientés vers le centre après appel ou consultation auprès d'un médecin généraliste. Au-delà de la tarification de droit commun des actes qui y sont pratiqués, le CMSI bénéficie d'une aide annuelle de l'ARS de 120 000 € financée par le fonds d'intervention régional (FIR).

Pour le moment, ces nouvelles structures de soins non programmés bénéficient le plus souvent de soutiens ponctuels des ARS à travers le fonds d'intervention régional (FIR). Afin d'en favoriser le développement, il conviendrait d'élaborer un modèle de financement visant à assurer leur équilibre financier, en couvrant notamment leurs frais de personnel administratif et paramédical et le coût des consommables utilisés, notamment pour la petite traumatologie.

Par ailleurs, l'exemple néerlandais témoigne de l'intérêt d'organiser dans le cadre collectif des CPTS la permanence des soins en ville, y compris sous la forme de visites des médecins au domicile des patients.

Des coopératives de généralistes : l'expérience des Pays-Bas

Aux Pays-Bas, la plupart des médecins libéraux se sont réorganisés dans les années 2000 en coopératives (regroupant 40 à 250 médecins pour 100 à 500 000 habitants), notamment en vue d'assurer des soins non programmés. La permanence des soins couvre les tranches horaires de 17 h à 8 h et les week-ends. Près de 130 coopératives, situées le plus souvent à proximité d'un hôpital, desservent plus de 90 % de la population. Les patients accèdent à leurs services par un numéro unique régional au sein duquel l'orientation est assurée par des infirmières de « triage ». Des véhicules avec chauffeur sont à la disposition des médecins pour les visites à domicile.

Ce mode d'organisation a des effets favorables¹⁹⁸ : le nombre de patients pris en charge par l'accueil « soins primaires » s'est accru de 25 %, tandis que l'accès direct au service d'urgence a baissé de 52 %.

¹⁹⁸ Emergency Department: The Maastricht Integrated Out-of-Hours Service; Caro J.T. van Uden, MSc, et al. J GEN INTERN MED 2005; 20:612-617.

B - Réorganiser les prises en charge hospitalières

1 - Organiser les parcours des usagers fréquents

La meilleure connaissance des passages aux urgences permet de repérer des populations qui y recourent souvent et d'identifier les usagers dits « fréquents »¹⁹⁹. D'après les études disponibles, se retrouvent le plus souvent parmi eux des patients âgés, présentant des pathologies médicales chroniques, ainsi que des patients atteints de pathologies mentales ou usagers de stupéfiants. Si elles ne sont pas seules concernées, les personnes âgées constituent la cible prioritaire des actions menées en direction de ces patients, qu'elles vivent à domicile ou en établissement.

Les passages aux urgences et les hospitalisations sont reconnues comme étant une source d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées. La priorité doit être de les éviter, par une meilleure prise en charge à domicile ainsi qu'en EHPAD.

Plusieurs actions en ce sens, initiées ces dernières années, mériteraient d'être renforcées : présence d'infirmières de nuit pour permettre une réponse médicale de premier niveau, télémédecine, développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), assouplissement des conditions d'intervention du médecin coordonnateur et généralisation du dossier de liaison d'urgence (DLU)²⁰⁰.

Quand l'hospitalisation s'avère nécessaire, la mise en place de filières gériatriques a permis d'améliorer la coordination des acteurs prenant en charge les personnes âgées²⁰¹. Dans ce cadre ont été développées des filières d'admission directe²⁰² ou différée, à partir du domicile ou des EHPAD, permettant d'éviter les passages aux urgences.

¹⁹⁹ Définis, selon les études, par au minimum trois passages dans l'année, le plus souvent quatre, et dans certaines études même davantage.

²⁰⁰ Le dossier de liaison d'urgence ou DLU est un document écrit, mis à jour régulièrement, qui permet de porter les informations nécessaires à la connaissance du médecin intervenant en urgence pour les personnes âgées hébergées en EHPAD.

²⁰¹ Les filières gériatriques ont été mises en place par la circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 qui définit les modalités d'organisation de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques.

²⁰² Sans passer par les urgences, généralement à la suite d'un accord entre le médecin traitant ou le médecin coordonnateur et le médecin hospitalier du service MCO.

L'unité gériatrique d'entrées directes au CHU de Nancy (UGED)

Une unité d'entrées directes dotée de 15 lits a été ouverte au CHU de Nancy en juin 2014. L'objectif était d'hospitaliser directement, à la demande de médecins traitants, des personnes de plus de 75 ans en perte d'autonomie et souffrant de polypathologies, sans passage par les urgences.

Après quatre années de fonctionnement, le bilan est positif en termes de passages aux urgences évités pour ces patients, de qualité de la prise en charge et de satisfaction des médecins traitants et des médecins coordonnateurs d'EHPAD. La durée moyenne de séjour est plus courte que pour les séjours ayant débuté aux urgences. Cependant, la capacité de cette unité apparaît insuffisante au regard des besoins. En outre, les sorties demeurent difficiles en raison du manque de places d'aval en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Par ailleurs, d'autres expérimentations sont en cours dans le cadre des « parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie » (PAERPA) pour mieux assurer la transition entre hôpital et domicile, dont des dispositifs d'hébergement temporaire d'urgence en EHPAD, pour des personnes n'y résidant pas de manière habituelle.

Malgré toutes ces initiatives, la fréquence et la durée des passages aux urgences des personnes âgées demeurent trop élevées. Les voies d'amélioration étant connues, il convient désormais de les généraliser à court terme sur l'ensemble du territoire en mobilisant l'ensemble des leviers disponibles, qu'ils soient juridiques, tarifaires ou organisationnels.

2 - Promouvoir les délégations de tâches aux urgences

Le développement de la fonction d'accueil et d'orientation dans la plupart des sites d'urgence constitue une évolution organisationnelle importante, qui doit s'accompagner, pour gagner en efficacité, de la mise en œuvre des délégations de tâches au sein de ces services.

Dans de nombreux services d'urgence, la dispensation d'antalgiques par un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE) est, de fait, déjà pratiquée. L'infirmière d'accueil peut également être autorisée à prescrire des radiographies à l'arrivée du patient, à orienter ceux d'entre eux qui présentent de la petite traumatologie, voire à poser un dispositif d'immobilisation après diagnostic par le médecin.

Les services d'urgence constituent un cadre favorable à la mise en place de délégations de tâches, en raison de la possibilité de recourir en permanence à un médecin en cas de difficulté. La définition récente du

cadre juridique des pratiques avancées des infirmier(e)s²⁰³ devrait permettre de progresser dans ce domaine, pour autant que leur champ de compétence soit élargi²⁰⁴ et adapté au contexte spécifique des urgences.

3 - Réformer la tarification pour en faire un levier de rééquilibrage entre l'hôpital et la ville

Le report d'une partie des passages aux urgences vers la médecine de ville est souhaitable en termes de qualité, de pertinence et de continuité des soins, comme de dépenses pour l'assurance maladie²⁰⁵.

Les établissements hospitaliers ne pourront tirer avantage à ce report que s'ils réaménagent à cette occasion des services d'urgence formatés pour traiter en masse des cas légers, et redéploient leurs moyens sur des activités correspondant davantage à leur vocation.

Un tel transfert pourrait cependant demeurer pénalisant tant que la tarification continuera à assurer une péréquation des cas « légers » vers les cas « lourds », en faisant abstraction de la hiérarchie des coûts réels de prise en charge. La réalisation d'une enquête nationale sur les coûts constatés dans ces services reste indispensable si l'on souhaite limiter les effets pervers du dispositif actuel et ne pas pénaliser les établissements qui auront pu renvoyer vers la ville une partie des patients de leurs services d'urgence.

Dans le cadre des réflexions menées actuellement au niveau national sur le financement des hôpitaux²⁰⁶, il convient ainsi de définir un système de tarification des urgences qui favorise une meilleure adéquation des financements aux coûts et le redéploiement d'une partie des passages aux urgences vers des prises en charge en ville, notamment dans le cadre de solutions concertées entre les établissements de santé et les CPTS.

²⁰³ Décrets n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

²⁰⁴ Il est pour le moment limité à trois domaines : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hématologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

²⁰⁵ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre XII *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser*, p. 349-378, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁰⁶ La mission de réflexion sur le mode de financement et la régulation du système de santé animée par le directeur de la DREES (Jean-Marc Aubert) doit continuer ses travaux à partir des orientations qu'elle a tracées dans le rapport joint au plan « Ma santé 2022 » présenté à la mi-septembre 2018.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis les constats de la Cour de 2014, le recours aux urgences a continué de croître à un rythme soutenu, sans que les améliorations intervenues en termes de recueil de données et d'organisation des services ait enrayer cette tendance. Celle-ci continue de traduire les difficultés d'accès à des consultations simples non programmées et à organiser une permanence des soins effective.

De nouveaux modèles de prise en charge des soins non programmés émergent toutefois, notamment dans le cadre de maisons de santé pluridisciplinaires ou de centres dédiés, dotés d'un petit plateau technique, à même de prendre également en charge la petite traumatologie. Cette offre doit faire l'objet, de la part des pouvoirs publics, d'une meilleure structuration, dans le cadre d'une stratégie régionale intégrant aussi bien le secteur hospitalier, public ou privé, que le secteur ambulatoire, tandis que des modèles économiques adaptés doivent être élaborés.

Les transformations en cours et à venir du système de santé, notamment les organisations territoriales et professionnelles nouvelles (groupements hospitaliers de territoire, communautés professionnelles territoriales de santé, « hôpitaux de proximité »), de même que l'évolution du financement des soins vers une moindre part de tarification à l'activité, constituent un cadre favorable à des réformes. Elles s'avèrent indispensables, tant pour diminuer le recours aux urgences pour des consultations simples que pour rémunérer plus justement les soins non programmés en fonction de la sévérité des cas et des moyens à mobiliser.

Au terme de cette enquête, la Cour formule les recommandations suivantes pour le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de la santé (DGS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la CNAM :

- 1. (SGMAS et DGOS) s'appuyer sur la révision à mi-parcours des schémas régionaux de santé en 2020 pour formaliser dans chaque région un dispositif d'accès aux soins non programmés intégrant une offre ambulatoire en ville assise sur un renforcement de la permanence des soins ambulatoires et l'offre hospitalière publique et privée (recommandation nouvelle) ;*
- 2. (SGMAS et DGOS) développer des alternatives aux passages aux urgences à l'hôpital en soutenant la mise en place de centres de soins non programmés dotés d'un plateau technique léger (recommandation réitérée) ;*

-
3. *(SGMAS, DGOS et DGCS) développer des filières d'admission directe pour les personnes âgées, que ce soit en MCO ou en SSR (recommandation nouvelle) ;*
 4. *(SGMAS et DGOS) faire évoluer les services d'urgence à l'activité insuffisante en utilisant tous les leviers disponibles (fermeture, transformation en centre de soins non programmés, équipes médicales de territoire, déploiement de SMUR) (recommandation nouvelle) ;*
 5. *(DGOS, DSS et CNAM) réformer la tarification des services d'urgence en s'appuyant sur une meilleure connaissance des différentiels de coûts entre prises en charge hospitalières et prises en charge en ville dans une approche privilégiant l'efficacité (recommandation réitérée) ; développer sur ces mêmes bases un modèle économique et tarifaire pour financer des centres de soins non programmés alternatifs aux structures d'urgence (recommandation nouvelle) ;*
 6. *(DGOS) établir une liste de délégations d'actes en faveur des infirmières diplômées d'État dans les services d'urgence et en définir les modalités de mise en œuvre avec les sociétés savantes concernées (recommandation nouvelle).*
-

Réponses

Réponse de la ministre des solidarités et de la santé.....	234
Réponse du ministre de l'action et des comptes publics.....	237
Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie	238

RÉPONSE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

1. S'agissant du contenu des observations effectuées par la Cour des comptes

Les structures des urgences sont depuis plusieurs années soumises à des tensions récurrentes. Plusieurs phénomènes en sont à l'origine : difficultés de recrutement liées à la démographie médicale, croissance continue de l'activité, difficultés d'hospitalisation des patients en aval des urgences.

Face à ce constat, j'estime qu'il faut repenser l'organisation de la médecine d'urgence pour la recentrer sur son cœur de métier, afin de garantir à chaque patient un parcours de soins adapté à son besoin de santé, mais aussi de réduire la pénibilité de l'exercice pour les professionnels de santé exerçant dans les structures d'urgence.

En amont des urgences, afin de limiter leur recours non pertinent et répondre à la demande de soins non programmés, il nous faut structurer et rendre visible l'offre de ville. La stratégie « Ma santé 2022 » (STSS) présentée par le président de la République le 18 septembre dernier entend ainsi mobiliser différents leviers pour améliorer l'accès à des prises en charge de proximité, notamment en soins non programmés.

À ce titre, il s'agit de mobiliser et d'organiser en priorité l'offre de soins de ville par un déploiement massif des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui sont des espaces d'organisation des professionnels de santé visant à apporter une réponse collective aux besoins de la population sur un territoire. L'ambition est d'atteindre 1 000 CPTS d'ici 2022, couvrant l'ensemble du territoire national. Parmi les missions qui leur seront confiées figure celle d'assurer une réponse territoriale aux demandes de soins non programmés.

Au regard des problématiques d'accessibilité géographique à certaines offres (par ex. : imagerie médicale pour les examens complémentaires), notamment dans les territoires à faible densité médicale et pour certaines populations fragiles, les établissements de santé pourront également être mobilisés.

L'organisation de la réponse aux soins non programmés pourra ainsi s'appuyer sur le réseau des hôpitaux de proximité, au nombre de 500 à 600 d'ici 2022. En effet, ceux-ci assureront des missions hospitalières de proximité adaptées aux besoins de la population et articulées avec les acteurs de la ville notamment. Ces structures seront notamment dotées ou organisées de façon à permettre l'accès rapide à un

plateau technique léger, qui pourrait être mobilisé dans le cadre de la réponse aux soins non programmés.

Concernant la situation en aval des urgences, j'ai voulu dès novembre 2017 mobiliser les acteurs tant hospitaliers que médico-sociaux et de ville autour de l'organisation du parcours des patients. À la suite de ce séminaire, j'ai confié une mission au Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH). Celui-ci a travaillé en lien avec l'ANAP, la FEDORU, les fédérations hospitalières, les ARS et les sociétés savantes à l'objectivation de la situation d'engorgement et aux moyens de son suivi. Les recommandations produites en termes de gestion des lits et d'anticipation du besoin d'hospitalisation non programmée seront prochainement diffusées.

Enfin, dans le cadre de la réforme des autorisations des activités de soins, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) organise actuellement des travaux visant à adapter le cadre réglementaire de la médecine d'urgence. Sur la base des nouveaux textes qui seront produits, comme recommandé dans le présent projet de rapport de la Cour des comptes, les ARS seront invités à revoir à mi-parcours leur projet régional de santé (PRS) afin d'intégrer ces évolutions de l'offre en réponse aux besoins du territoire.

2. Sur les recommandations de la Cour :

- *Concernant les recommandations 1 et 2, il me paraît effectivement pertinent d'inciter les ARS à réfléchir à la (ré)organisation des soins et services de santé en incluant l'ensemble des offreurs pour mieux répondre à la demande croissante de soins non programmés ne relevant pas de l'urgence vitale. Il me semble opportun, comme le préconise la Cour, de profiter de la révision à mi-parcours du SRS, prévue en 2020, pour inciter les régions à prendre en compte les projets de santé des CCPTS qui se seront mis en place afin de mieux restructurer et éventuellement réorganiser leur offre de soins (urgents et non programmés), dans une logique de gradation des prises en charge sur le territoire. Il s'agirait dans chaque région de tenir compte de l'organisation mise en place par les CPTS pour garantir l'accès aux soins non programmés, en articulation avec la permanence des soins ambulatoire et l'offre hospitalière publique et privée.*
- *Concernant la 3^{ème} recommandation, bien que déjà mise en œuvre dans plusieurs organisations sur le territoire, cette recommandation nouvelle de la Cour, que je partage, a vocation à prendre encore plus d'ampleur. La prévention des hospitalisations évitables, et du passage par le service des urgences des personnes âgées fait partie des objectifs de la STSS et de la feuille de route Grand âge et autonomie de mai 2018. À cet effet,*

le développement des interventions des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées (à domicile ou en établissement d'hébergement médico-social), qui bénéficie d'un financement de 16 M€ sur 4 ans, contribuera à prévenir ces hospitalisations en apportant à domicile ou en EHPAD, à la demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'établissement, leur expertise gériatrique, en mettant en œuvre leur rôle d'interface avec les établissements de la filière gériatrique afin d'éviter un passage par le service des urgences. En effet, lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, l'accès direct en service de spécialité (qu'il soit gériatrique pour les personnes âgées polyopathologiques ou autre service de médecine ou chirurgie pour des prises en charge spécifiques) dans le cadre d'une filière organisée doit en effet être privilégié. La recommandation de la Cour rejoint les travaux de l'atelier « Hôpital et personnes âgées » de la mission Grand âge et autonomie confiée à Monsieur Dominique Libault par le premier Ministre afin de transformer la prise en charge du risque de perte d'autonomie des personnes âgées, qui rendra son rapport début 2019. L'enjeu est la mise en place d'une organisation adéquate et valorisée anticipant la venue d'une personne âgée et donnant accès au plateau technique dans les mêmes conditions que le service d'urgences afin de ne pas alourdir le séjour.

Le développement de filières d'admission directe pour des personnes âgées venant du domicile, d'EHPAD ou des services d'urgence, en polyvalents ou gériatriques (affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance - PAPD) est une orientation travaillée par la DGOS. Les travaux menés au 1^{er} semestre 2018 tendant à définir les « orientations stratégiques des SSR pour les 10 prochaines années » ont en effet identifié la capacité de ces SSR à accueillir des patients non programmés. Le développement de ces admissions directes en SSR peut contribuer à la réduction de la dépendance iatrogène, en évitant des passages aux urgences, ou des successions de transferts entre services dont on connaît les risques en terme de perte d'autonomie.

La contribution des SSR aux filières de prise en charge en aval des urgences nécessitera de préciser les situations cliniques non programmées « admissibles » dans chaque établissement SSR et les conditions d'organisation de ces accueils, pour chaque territoire.

- *Au sujet de la 4^{ème} recommandation, comme décrit ci-dessus, le groupe de travail relatif à la médecine d'urgence organisé par la DGOS dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins a été lancé le 3 octobre. Ces travaux sont notamment l'occasion, sur la base du constat partagé avec les acteurs de difficulté de plus en plus grande de faire fonctionner l'organisation actuelle, d'interroger l'opportunité d'organiser une gradation de l'offre de soins urgents ou une offre de*

soins différenciée et complémentaire, selon l'orientation donnée par la STSS.

- *Quant à l'évolution du financement de ces structures évoquées à la recommandation 5, je vous informe que les travaux et réflexions menés par la Task Force Financement menée par Monsieur Jean-Marc Aubert aborderont l'évolution du financement des structures des urgences. Est ainsi travaillé le rééquilibrage du financement entre cas légers et cas lourds, dans le respect de l'équilibre financier global de l'activité des structures des urgences.*
- *Enfin vous préconisez dans la sixième et dernière recommandation d'établir une liste de délégations d'actes en faveur des IDE dans les services d'urgence et de définir ses modalités de mise en œuvre avec les sociétés savantes concernées. Il s'agirait d'élargir et de modifier le décret des actes des infirmiers en soins généraux et éventuellement, d'enrichir l'article R. 4311-14 du code de la santé publique. Une telle modification permettrait alors d'intégrer les actes spécifiques à l'urgence soit dans le rôle autonome propre à l'infirmier, soit dans le rôle prescrit de l'infirmier. Cette question pourra être abordée dans le cadre du chantier de la réforme du droit des autorisations de médecine d'urgence en concertation avec les acteurs et à l'écoute de leurs besoins et propositions, ainsi que dans l'orientation plus globale de la STSS sur l'évolution des compétences.*

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Vous soulignez que des améliorations organisationnelles ont été mises en œuvre depuis 2014 dans le secteur hospitalier mais que celles-ci n'ont pas porté tous leurs effets, faute d'une meilleure coordination avec les soins de ville, seule à même d'opérer un virage ambulatoire significatif. Vous précisez que, malgré des avancées en matière de recueil des données et d'organisation des services, les urgences fonctionnent à flux tendus, générant des situations de tension. La filière des urgences représente en effet un enjeu majeur de maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et doit, comme vous le précisez dans votre rapport, faire l'objet de réformes tant organisationnelles que financières. D'importantes économies sur l'ONDAM pourraient être dégagées de la réduction des passages aux urgences, étant considéré que près d'un tiers des passages aux urgences sont évitables.

Vous appelez en conséquence à de nouvelles évolutions par le renforcement de la permanence des soins ambulatoires, par le développement de centres de soins non programmés et de filières d'admission directe pour les personnes âgées, par la fermeture des services d'urgence à faible activité, par la réforme de la tarification, enfin par l'accélération de la délégation d'actes.

L'ensemble de vos propositions me semble de nature à pallier les fragilités actuelles des services des urgences. Concernant la mise en application de la délégation de compétences en pratique avancée, des évaluations tirées d'expériences étrangères démontrent que l'accès aux soins s'en trouve facilité pour une qualité des soins réputée identique. Si son développement pouvait générer jusqu'à 16 % d'économies sur les soins ambulatoires, le bilan de cette mesure sur le secteur des urgences et la permanence des soins devra être établi.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale introduit par amendement par l'Assemblée nationale, prévoit l'expérimentation sur trois ans d'un forfait de réorientation ayant pour but d'inciter les services d'urgences hospitaliers à rediriger les patients vers la médecine de ville. Cette amorce de réforme doit être saluée et la pertinence de cet incitatif financier, à comparer avec la comptabilisation d'un passage aux urgences déclenchant les financements actuels, devra être évaluée.

Ce dispositif devra s'implémenter à un coût limité pour les finances publiques et on peut espérer qu'il mette progressivement fin à l'incitation implicite d'accueillir des soins ne relevant pas des urgences, à impérativement articuler avec le développement d'une offre de ville suffisante. Le suivi ainsi que le bilan à l'issue de l'expérimentation seront à ce titre essentiels.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE**

Je partage le constat dressé par la Cour qu'en France, les urgences hospitalières continuent de jouer un rôle prédominant dans la prise en charge des soins non programmés, en raison notamment d'une structuration insuffisante de la médecine de ville.

C'est pourquoi, à travers la politique conventionnelle, l'Assurance maladie a souhaité, ces dernières années, développer la prise en charge des soins non programmés par les médecins libéraux. Ainsi, la convention

médicale du 25 août 2016 a mis en place des majorations d'urgences en cas de prise en charge non programmée de patients en ville : une majoration de 15 euros pour les médecins correspondants qui reçoivent sous 48 heures un patient adressé par son médecin traitant (MCU), à laquelle correspond une majoration de 5 euros pour le médecin traitant ayant adressé le patient (MUT). Une majoration pour la prise en charge par le médecin traitant d'un de ses patients à la suite d'une demande du centre de régulation médicale des urgences a également été mise en œuvre.

L'Assurance Maladie se montre par ailleurs très attentive aux projets émergeant dans certains territoires visant à mieux réguler le recours aux services d'urgences hospitalières en permettant aux patients de consulter un médecin libéral. Elle a vocation à accompagner ces projets à la double condition qu'ils se situent dans un cadre financier soutenable et qu'ils se traduisent effectivement par une réduction mesurable du recours aux urgences.

Par ailleurs, l'Assurance maladie estime, tout comme la Cour, qu'une meilleure organisation de l'offre de soins de ville apparaît indispensable pour parvenir à réorienter durablement vers les médecins libéraux les passages dits « évitables » aux urgences. Cette meilleure organisation de l'offre constitue un levier déterminant pour libérer du temps médical, et faire face à la demande de soins non programmés en accueillant davantage de patients. C'est l'objet des négociations qui devraient s'ouvrir, en application des dispositions de la loi de financement pour 2019, afin d'accompagner la mise en place du plan « Ma Santé 2022 », par le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé et par l'accompagnement au recrutement d'assistants médicaux.
