

Une restructuration de l'offre de soins de premier recours à
l'épreuve d'une diminution du flux des patients dans les
services d'accueil des urgences

Mémoire pour le **Niveau 2** du Diplôme de

Master Droit, Economie, Gestion,
Mention « Droit de la Santé »

Spécialité « **Juriste Manager des Structures Sanitaires et
Sociales** »

— **Septembre 2017** —

Manel - HOURRIG

Responsable de stage :

Angélique Grange

Directeur de Recherche :

Benoit Cret

REMERCIEMENTS

« En toutes choses le meilleur maître est l'expérience ». Une expérience professionnelle ne peut être agréablement vécue sans soutien.

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements les plus sincères à Angélique Grange, responsable du service urgences et offre de soins de premier recours. Je la remercie pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont permis d'avancer dans la rédaction de mon mémoire. Par son dynamisme et sa bonne humeur elle représente un modèle à suivre pour ma future carrière.

Je remercie également M. Benoit Cret, mon tuteur Ifross, pour ses conseils qui m'ont permis de prendre de la hauteur sur la thématique de mon mémoire. Je le remercie également de sa disponibilité durant le stage.

Je remercie le Dr Corinne Rieffel, directrice déléguée pilotage opérationnel urgences et premier recours, et le Dr Diane Fuz, référente régional urgences et soins non programmés, ainsi que tous les membres des délégations départementales de la Région Auvergne-Rhône-Alpes qui ont contribué à l'avancée des missions qui m'ont été confiées.

J'adresse aussi mes remerciements à tous les membres de la direction de l'offre de soins du service premier recours ; une équipe très agréable et chaleureuse qui a contribué à mon intégration. J'ai alors pu m'investir, faire mes preuves et évoluer dans un cadre qui se prête parfaitement à ce que je recherchais.

Pour ce dernier mémoire je tiens enfin à remercier ma précieuse famille qui m'a soutenu sans relâche durant mes études.

Mes chers parents, ma mère Selma et mon père Mongi qui ont toujours cru en moi; ma grand-mère Emna, mon frère Sofien garant de ma réussite; mes sœurs, Ajmia, Wafa et ma petite sœur Jihane, toujours présentes quand il le fallait, ma nièce Ella et Rafika, alias ma Bree, ma sœur de cœur.

« Tout obstacle renforce la détermination. Celui qui s'est fixé un but n'en change pas ».

Léonard de Vinci

GLOSSAIRE

- **AMU** Aide Médicale Urgente
- **ARS ARA** Agence Régionale de Santé Auvergne - Rhône-Alpes
- **ATU** Accueil et Traitement des Urgences
- **CCMU** Classification Clinique des Malades des Urgences
- **CDC** Cahier Des Charges
- **CDS** Centre De Santé
- **CNOM** Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **CPTS** Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- **CRRA** Centre de Réception et de Régulation des Appels
- **CSOS** Commission Spécialisée pour l'Organisation des Soins
- **CSP** Code de la Santé Publique
- **DGOS** Direction Générale de l'Offre de Soins (Ministère de la santé)
- **DOS** Direction de l'Offre de Soins (Agence régionale de santé)
- **DREES** Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la Santé
- **ESP** Équipe de Soins Primaires
- **FAU** Forfait Annuel Urgences
- **FFMPS** Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé
- **HPST** Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire
- **IOA** Infirmier d'Orientation et d'Accueil des urgences
- **IRDES** Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
- **MMG** Maison Médicale de Garde
- **MSP** Maison de Santé Pluri-professionnelles
- **PARM** Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
- **PDS** Permanence Des Soins
- **PDSA** Permanence Des Soins Ambulatoire
- **PRS** Projet Régional de Santé
- **RPU** Résumé de Passages aux Urgences
- **SAE** Statistique Annuelle des Établissements de santé
- **SAMU** Service d'Aide Médicale Urgente
- **SAU** Service d'Accueil des Urgences
- **SI** Système d'Information
- **SMUR** Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- **URPS** Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Auvergne-Rhône-Alpes

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE.....	4
SOMMAIRE	5
 INTRODUCTION.....	6
I Les effets de la régulation médicale renforçant la structuration de l'offre de soins de premier recours en amont.....	13
I.1 La régulation médicale, le dispositif pivot, qui contribue à l'amélioration de la structuration des parcours de soins	13
I.2. Une indispensable lisibilité des dispositifs de l'offre de soins de premier recours	22
I.3 Le numéro unique 116 117 déployé par le ministère de la santé pour faciliter l'accès aux soins primaires.....	29
II Une volonté de déployer des dispositifs d'effection facilitant le recours aux soins primaires mais qui nécessitent un cadrage drastique	31
II.1 La PDSA : un procédé d'accès aux soins de premier recours dans un cadre réglementaire	31
II.2 La mise en œuvre de dispositifs innovants de continuité des soins valorisant le recours à la médecine de proximité	36
II.3 Un encadrement indispensable des dispositifs à la fois de régulation et d'effection	46
III Les préconisations qui favoriseraient un désengorgement significatif des services d'accueil des urgences.....	54
III.1. Une nécessité de réformer le mode de financement des services d'accueil des urgences.....	54
III.2. Une coordination ville-hôpital à amplifier	59
III.3 L'éducation de la population: un facteur clé.....	64
 CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	68
TABLE DES MATIERES	82

INTRODUCTION

Le 1^{er} juin 2017, à Paris, lors d'un discours prononcé en ouverture du « 11^{ème} congrès Urgences », l'actuelle ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, a annoncé qu'elle souhaitait « relancer la réflexion sur l'organisation des soins non programmés »¹. Elle a souligné l'impact majeur de l'organisation des soins non programmés sur « les services d'urgences » et « chez les médecins de ville ». Le nombre de passages annuel dans les services d'urgences dépasse aujourd'hui les 20 millions². L'activité a doublé en vingt ans. Une large partie d'entre eux n'est pas pertinente, et vient même dégrader le fonctionnement de ces services.

Il s'agit d'une problématique à la fois récurrente et d'actualité qui impacte significativement notre système de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé³ définit le système de santé comme étant l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. L'OMS et l'Union Européenne préconisent de recentrer le système de santé sur les soins de premier recours. Cette préconisation dépend de la réflexion portant sur les soins urgents relevant de la médecine d'urgence, et des soins non programmés relevant de la médecine de premier recours. Elle répond à un double enjeu.

Le premier enjeu est lié au nécessaire renforcement de l'offre de soins de premier recours dans la continuité des actions déjà engagées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes (ARA). C'est un objectif de l'ARS porté conjointement avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins libéraux Auvergne - Rhône-Alpes (URPS), l'assurance maladie et les partenaires du premier recours.

Les soins de premier recours ont été définis à l'article L. 1411-11 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire en date du 21 juillet 2009⁴. L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial. En complément, la notion de « soins de premier recours » a été définie lors des Etats généraux de l'Offre de Soins. Ils recouvrent la prévention, le dépistage, la prise en charge des symptômes courants, le suivi, la prise en charge des pathologies chroniques et la continuité

¹APMnews.com Réactivité Indépendance Fiabilité par DEBELLEIX E., au congrès urgences, « urgences : Agnès Buzyn, souhaite relancer la réflexion sur l'organisation des soins non programmés », Dépêche, 01/06/2017

² Ibid

³ OMS Organisation Mondiale de la Santé

⁴ Legifrance.gouv.fr, JORF N°0167 du 22 juillet 2009 p 12184, texte n°1, loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

et la permanence des soins⁵. La permanence des soins (PDS) se définit comme la prise en charge des soins non programmés. Ces derniers sont des « petites urgences » ne pouvant s'insérer dans le planning de jour des médecins. A contrario, les soins programmés représentent les soins courants de premier recours et plus particulièrement la médecine générale.

Le second enjeu porte sur l'amélioration de l'organisation de la médecine d'urgence pour faire face à l'augmentation constante des activités. La loi du 6 janvier 1986⁶ relative à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et aux transports sanitaires définit l'objet de l'AMU. Elle consiste à assurer une prise en charge médicale offrant aux « malades » des soins d'urgences. La réponse aux soins urgents est assurée essentiellement par les structures de médecine d'urgence, qui comportent les services d'aide médicale urgente (SAMU). Le SAMU, aussi appelé Centre 15, est en charge de la régulation médicale. Elle comprend également, les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et les services des urgences.

L'amélioration de l'organisation de l'accès aux soins non programmés et des soins urgents constituent une des priorités de l'ARS ARA dans un contexte de réformes nationale importantes. D'une manière générale, les ARS doivent assurer le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région. Elles sont animées, coordonnées et contrôlées par la Direction Générale de l'Offre de Soins du ministère en charge de la santé. Les ARS peuvent être définies comme étant « un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé »⁷.

Lors d'un comité de direction en date du 8 février 2016, les membres de la Direction de l'Offre de Soins⁸ au sein de l'ARS ARA ont rappelé que les besoins en matière de soins non programmés et soins urgents qui sont étroitement imbriqués, sont en augmentation constante.

Il convient de s'intéresser à l'origine de la problématique portant sur les soins urgents et soins non programmés afin d'assimiler les causes d'une nécessité de restructurer l'offre de soins de premier recours.

Divers constats ont été établis au sein de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et plus largement par le ministère en charge de la santé sur l'ensemble de la métropole.

La principale difficulté que l'on rencontre en métropole et plus spécifiquement dans la région Auvergne-Rhône-Alpes est une problématique de démographie médicale. La France se situe en 32^{ème}

³Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, « Diagnostic, organisation des soins de premier recours »

⁶ Loi N°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'AMU et aux transports sanitaires

⁷ RITTER P., Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, Rapport sur la création des ARS, Janvier 2008

⁸ DOS Direction de l'Offre de Soins

place parmi les 193 Etats du monde en termes de densité médicale, elle compte 285 840 médecins dont 44% qui exercent la médecine générale⁹.

Le manque de médecins crée des inégalités d'accès aux soins. Cet état de fait présente « un impact significatif sur la spécialité de médecine générale »¹⁰. Les enjeux en matière de santé publique sont très nombreux. Le CREDOC¹¹ souligne que « la France est l'un des pays d'Europe où les inégalités de santé, sont les plus importantes ». Le Dr Romestaing¹², Président du conseil départemental de l'ordre des médecins du Rhône, lors d'un entretien semi-directif portant sur la désertification médicale, a précisé en ce sens que la France connaît une situation particulière. Tout d'abord, une féminisation de la profession de médecin qui a considérablement modifié l'exercice de celle-ci. « La féminisation de la médecine a favorisé une prise de conscience de la part des confrères masculins ; ceux-ci ne travailleront plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures et rejettent en bloc l'idée d'une disponibilité permanente, d'astreintes... »¹³. Il s'agit d'une difficulté inhérente au changement sociétal des mentalités des jeunes généralistes qui aspirent à une meilleure qualité de vie et à une diminution de leur temps de travail.

À cela s'ajoute, un vieillissement croissant de la population, particulièrement marqué dans les pays occidentaux, et qui oblige d'étendre de plus en plus l'offre de soins. L'OCDE précise que « la part de la population âgée de 65 ans et plus augmente dans tous les pays de l'OCDE et cette tendance est appelée à se poursuivre »¹⁴.

La médecine de premier recours frappée par ce constat se cantonne également au principe de la liberté d'installation des médecins généralistes¹⁵. Cette disposition accentue les disparités territoriales dans l'offre de soins. Les médecins pourront choisir le lieu où ils souhaitent s'installer.

L'organisation des soins non programmés en médecine de premier recours demeure difficile car elle présente des difficultés supplémentaires. La loi n'oblige pas les médecins généralistes à prévoir des consultations non programmées dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions. Il s'agit d'une mesure dépendant de la volonté des médecins libéraux. Le statut, de « médecin libéral », confère par essence, le choix pour chaque médecin de gérer sa patientèle comme il l'entend (en termes d'horaires d'ouverture, de consultations sur rendez-vous etc.).

⁹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, "Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016", CNOM DATA, 2016

¹⁰ LE BRETON-LEROUVILLOIS, *Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2016*, Conseil National de l'Ordre des Médecins, CNOM DATA, P. 4

¹¹ Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

¹² Président du conseil départemental de l'ordre des médecins, Département du Rhône, entretien semi-directif dans le cadre d'un projet portant sur la désertification médicale, novembre 2016

¹³ Conseil national de l'Ordre des médecins, Dr. KAHN-BENSAUDE I., *La féminisation : une chance à saisir*, adopté le 15 décembre 2005, p. 25

¹⁴ OCDE, *Statistiques de la population active*, Paris, 2007

¹⁵ Article L.162-2 du Code de la sécurité sociale

Sur le plan juridique, l'article 77 du code de déontologie médicale, ayant fait débat, énonce qu'il est du « devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». Cette disposition de nature réglementaire est reprise à l'article R 4127.77 du Code de la Santé Publique (CSP). Par ailleurs, le CSP ne prévoit pas de disposition légale allant dans ce sens. Ainsi, sans mesures coercitives, les médecins généralistes n'assurent que très peu d'urgences de premier recours pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets. Ce faisant, une majorité des patients, dont la prise en charge nécessite une consultation de « petite urgence » relevant de la médecine de premier recours, s'orientent de façon instinctive en direction des urgences de l'hôpital ; faute de pouvoir être pris en charge en médecine de ville. Ainsi, les failles de la structuration actuelle de la médecine de premier recours se répercutent inéluctablement sur l'hôpital.

L'indispensable restructuration de l'offre de soins de premier recours et des soins urgents a déjà fait, en 1993, l'objet d'observations dans le rapport « Steg »¹⁶. Le rapport est issu des travaux de la commission nationale de restructuration des urgences relatifs à la médicalisation des urgences.

Ce rapport phare du professeur, Adolphe Steg, ancien chef du service d'urologie de l'hôpital Cochin, est la résultante d'une sollicitation de l'ancienne ministre de la santé, Elisabeth Hubert. Elle avait jugé « nécessaire d'étudier comment mieux prendre en compte l'amont de l'accueil d'urgence et notamment son articulation avec la médecine ambulatoire (...) ». Suite à cela, Adolphe Steg opère une fine analyse sur la prise en charge de l'amont des urgences. Il constate que le flux des urgences est jugé excessif et insuffisamment régulé.

Le rapporteur met en exergue que « 60 à 80% des patients auraient pu être traités en dehors du contexte de l'urgence dans la mesure où leur état n'impliquait pas nécessairement le recours à l'hôpital ». A cela s'ajoute, « un grand déséquilibre » entre le faible taux d'urgences graves et le nombre d'urgences légères relevant de la médecine générale. Le rapporteur souligne que la réponse apportée aux urgences n'est pas systématiquement pertinente. Il évoque une restructuration de notre système de santé, à établir, en lien avec les urgences et les soins non programmés afin de garantir une meilleure qualité et sécurité des soins.

Dans la continuité des observations portées par Adolphe Steg ; le docteur Jean-Yves Grall, actuel Directeur Général de l'ARS ARA, reprend dans son rapport en date de juillet 2015, sur la territorialisation des activités d'urgences¹⁷, la thématique des soins urgents et soins non programmés. Le rapporteur sollicité par Marisol Touraine, ancienne ministre en charge de la santé, évoque l'indispensable adaptation de la stratégie dans la prise en charge de la demande des « urgences ». Elle

¹⁶ Pr STEG Adolphe, Commission Nationale de restructuration des urgences, rapport sur la médicalisation des urgences, 1993

¹⁷ Dr GRALL Jean-Yves, Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, directeur général de l'ARS du Nord pas de Calais, juillet 2015

repose sur des axes fondamentaux avec pour principal objectif de « faire la part entre soins non programmés et les urgences réelles ». Les soins urgents et les soins non programmés doivent être analysés conjointement car les deux problématiques sont corrélées. Le rapport souligne que « le courant hospitalo-centriste (...) amenant l'hôpital à se substituer au médecin généraliste (...) est en soi une source de dysfonctionnement des services d'urgences et il est important de tenter d'en limiter le flux, d'autant que l'amélioration de l'accueil des urgences, attendue de la restructuration, à toutes chances de l'accentuer encore, car l'offre crée la demande ». Il souhaite réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence. Ceci est la résultante d'une étude de la Cour des comptes qui démontre que les trois quarts des patients rentrent chez eux à l'issue de leur passage aux urgences¹⁸. Cela démontre que la gravité de ces prises en charge est relativement faible et relève donc de la médecine de premier recours. Le rapporteur évoque un cercle vicieux avec l'hôpital qui se substitue au médecin généraliste par la création des « services des urgences ». Ceci entraîne une désaffection de l'urgence par les médecins libéraux avec une pratique moindre des gestes de traumatologie et une planification sur rendez-vous. Ce cercle vicieux accentue l'augmentation de l'accueil des urgences avec un flux croissant vers ces services. Force est de constater, qu'une restructuration de l'offre de soins de premier recours est une priorité afin d'éviter l'engorgement des services d'accueil des urgences et donc la dégradation de ces services.

Enfin, une restructuration est nécessaire en ce que ce déséquilibre représente un coût considérable qui impacte sur le long terme sur la qualité de notre système de santé. Depuis le 1^{er} mai 2017, le coût d'une consultation en médecine générale est de 25 euros. Dans les services d'urgences, le coût est évalué à 95 euros de plus qu'en médecine générale par passage et hors actes¹⁹. Il faut noter que dès lors que la prise en charge des patients aux urgences se fait à « flux tendu », sans disposer du temps nécessaire à la réflexion, il est logique que de nombreux et coûteux examens soient effectués²⁰. Le principe de précaution prime et donc un passage aux urgences coûte en moyenne 262,86 euros,²¹ soit environ 238 euros de plus qu'en médecine générale.

La problématique de l'organisation des soins urgents et soins non programmés présente inéluctablement un motif d'ordre médico-économique soulevé en 2007 par la Cour des comptes²². Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, il est proposé de fixer l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2017 à 190,7 milliards d'euros, soit un taux de progression de 2,1 % par rapport à 2016. Cet objectif est ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,1

¹⁸Rapport Cour des comptes, « les urgences médicales : constats et évolutions récentes », JLAR, 1^{er} février 2007

¹⁹ Rapport Cour des comptes, septembre 2013

²⁰ C. GEORGES-TARRAGANO, F. PIERRU, F. TAPIE DE CELEYRAN, D. MECHALI, J. ROCHEFORT, « Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des PASS », les tribunes de la santé, N°39, 2013/2, pp 87 – 95

²¹Ibid, p 23, Coût évalué par la Cour des comptes en 2006

²²Rapport Cour des comptes, « les urgences médicales : constats et évolutions récentes », JLAR, 1^{er} février 2007

milliards d'euros d'économies²³. Ces prévisions budgétaires sont corrélées à la problématique de la structuration des soins urgents et de la régulation de l'offre de soins de premier recours au regard de l'impact financier que cela génère.

La priorité est d'assurer une meilleure qualité et sécurité des soins. Pour aboutir à une meilleure adéquation des besoins, il convient de veiller à l'utilisation de la bonne ressource pour le bon patient et recentrer chaque professionnel sur son cœur de métier, comme le préconise le Dr Jean Yves-Grall. Il est du ressort de la médecine de premier recours d'assurer la prise en charge des soins non programmés dont la défaillance se répercute dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU).

« Les pouvoirs publics ont cherché à promouvoir des solutions plus adaptées aux besoins réels de la population. Ils ont agi en amont de la chaîne des urgences en incitant tous les acteurs et plus particulièrement la médecine libérale et la médecine hospitalière à mieux coopérer entre elles. Cette volonté s'est traduite par la création du dispositif dit de la permanence des soins en 2003²⁴ ». Il convient à présent d'évoquer l'organisation actuelle de l'offre de soins libérale à travers la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA). Elle permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Elle offre un accès aux soins à la population les soirs et les week-ends à travers un mécanisme de régulation et d'effectation. Elle apporte une réponse aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés. La loi reconnaît la PDSA comme étant une « mission de service public » conformément aux dispositions de l'article L 6314-1 du CSP résultant de la loi HPST. Elle repose sur deux principes étant la sectorisation et le renforcement de la régulation libérale des appels. En médecine de premier recours, la PDSA représente la clé de voûte de l'organisation des soins non programmés en ville. Elle met à disposition de la population des dispositifs de régulation et d'effectation. Le premier dispositif, la régulation médicale, peut être définie comme étant une évaluation téléphonique de l'état du patient, par un médecin régulateur, qui apporte une prise en charge adaptée à chaque situation de façon équitable sur tout le territoire. Le médecin assure une écoute et une réponse permanente aux urgences médicales. Le second dispositif, l'effectation, peut être défini comme étant l'activité de médecins généralistes « effecteurs » qui assurent des consultations de soins primaires en dehors des horaires d'ouverture de leurs cabinets.

Le cahier des charges de la PDSA est l'outil qui cadre l'organisation des astreintes de médecine générale afin de pallier le manque de disponibilités de leurs confrères aux horaires de fermeture des cabinets médicaux.

²³ PLFSS 2017, Annexe 7 ONDAM et dépenses de santé, Partie I Exécution, périmètre et construction de l'ONDAM, P7

²⁴ Rapport Cour des comptes, « les urgences médicales : constats et évolutions récentes », JLAR, 1^{er} février 2007

Le cahier des charges de la PDSA, actuellement en révision, m'a été confié dans le cadre de mon stage. J'ai eu pour mission principale de réaliser des modélisations financières en prenant en considération les demandes de chaque acteur concerné notamment les délégués départementaux, les URPS, les différents membres des SAMU de la région, etc. Les demandes portant sur la régulation médicale et sur les différents dispositifs d'effectif ont été modélisées afin de déterminer leurs coûts et leurs faisabilités.

Le dispositif de PDSA comprend des limites et n'est pas suffisant pour améliorer l'attractivité de la médecine de premier recours et de surcroît impliquer davantage les médecins généralistes dans les soins non programmés.

Au regard de ces éléments traduisant une réelle nécessité de restructurer l'offre de soins de premier recours; il conviendrait de se demander, selon quelles modalités une restructuration de l'offre de soins de premier recours pourrait concourir à une diminution de l'afflux aux urgences ?

Cette interrogation suscite de porter la réflexion dans une première partie sur les raisons d'une amélioration de l'attractivité de la médecine de premier recours dont les effets de la régulation médicale limiteraient l'afflux aux urgences. En deuxième lieu, il conviendrait d'évoquer la volonté des pouvoirs publics de déployer des dispositifs d'effectif pouvant potentiellement renforcer le recours aux soins primaires mais devant être encadrés de manière drastique. Dans une troisième partie, il conviendrait d'aborder les axes d'amélioration indispensables qui favoriseraient un désengorgement significatif des services d'urgences.

I/ Les effets de la régulation médicale renforçant la structuration de l'offre de soins de premier recours en amont

Le rapporteur Steg a proposé une prise en compte de façon différenciée de l'urgence vraie et les demandes de soins non programmées en mobilisant tous les acteurs dans le cadre d'un pilotage opérationnel par la plateforme de régulation médicale. Les médecins régulateurs assurent un rôle pivot car ils orientent les patients auprès des dispositifs adéquats (I.1). Par ailleurs, l'efficacité de la régulation médicale est dépendante de la lisibilité des dispositifs de l'offre de soins. Elle permet aux médecins régulateurs de mieux maîtriser l'offre de soins de premier recours et les dispositifs qui composent la médecine de ville (I.2). Enfin, le numéro unique 116 117 sera prochainement déployé dans le but d'offrir un service à la population spécifique aux demandes de soins non programmés (I.3).

I.1. La régulation médicale, le dispositif pivot, qui contribue à l'amélioration de la structuration des parcours de soins

La régulation médicale garantit une meilleure maîtrise du flux des patients auprès des dispositifs adéquats (I.1.1). Les plages horaires au sein de la plateforme de régulation seront élargies. Cette nouvelle mesure permettra de renforcer le dispositif en augmentant la capacité du Centre 15 (I.1.2).

I.1.1 Le rôle phare de la régulation médicale dans la maîtrise du flux des patients

I.1.1.1 Les spécificités de la régulation médicale

L'évaluation téléphonique est une spécificité française qui a été créée en France il y a plus de 40 ans puis reprise par de nombreux Etats aujourd'hui. En 2015, 2.5 millions d'appels ont été décrochés par le Centre de Réception et de Régulation des appels (CRRA), en Auvergne-Rhône-Alpes²⁵. Le CRRA est plus communément appelé le SAMU-Centre 15 ou Centre 15. **La régulation médicale est effective pour un peu plus d'un tiers de la population²⁶qui maintient ce réflexe d'appeler le**

²⁵PARIS S., « Transports ambulanciers urgents : un système d'information pour améliorer la réponse à la régulation médicale », ARS ARA, Délégation à l'information et à la communication, Communiqué de presse, 5 avril 2017

²⁶Pr STEG Adolphe, Commission Nationale de restructuration des urgences, rapport sur la médicalisation des urgences, 1993

« 15 »²⁷. Pour ces personnes, la régulation médicale assure un rôle pivot, pour le reste de la population n'ayant pas le réflexe du CRRA, il conviendrait de repenser l'ensemble du dispositif afin que ce dernier devienne lisible. Il n'en demeure pas moins que le nombre d'appels au sein des CRRA reste significatif et qu'il ne faut passer outre un tel constat. La régulation médicale occupe une place croissante dans la gestion des urgences réelles ou ressenties. La circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du 16 avril 2003 met en exergue une **augmentation importante du nombre d'appels urgents dans les centres 15**.

Le Dr Pierre-Yves DUBIEN, Chef de service adjoint du SAMU-Centre 15 du Rhône, a recensé pour l'année 2016, quelques 600 000 appels du centre 15 contre environ 300 000 par l'association SOS médecins qui viennent en renfort.

Les SAMU-Centres 15 revêtent une importance et une place toute particulière dans le schéma d'organisation des soins en France. Les CRRA apportent une réponse aux appels, 24h/24 à caractères sanitaires, qu'il s'agisse d'aide médicale urgente ou de permanence des soins. Par ailleurs, ce propos sera nuancé en termes d'effectifs et donc de délai d'attente, cela est plus discutable mais pas irrémédiable, cette analyse fera l'objet d'une étude qui sera exploitée ultérieurement.

Par le biais d'une plateforme téléphonique, les professionnels qualifient et trient les demandes et adaptent chaque réponse médicale au niveau de soins requis par le patient. Ils lui assurent une orientation adaptée au bon moment, au quotidien comme en situation exceptionnelle²⁸. L'objectif à l'égard du patient est de **prendre en charge la demande de soins non programmés dans un délai restreint et d'y apporter une réponse de qualité adaptée à son état de santé**.

Comme l'avait préconisé le Dr Jean-Yves Grall, au réflexe « hôpital » il faut substituer l'appel du SAMU-Centre «15». Pour assimiler le rôle pivot du dispositif de régulation et ladite préconisation du directeur générale de l'ARS ARA, il convient d'aborder les spécificités d'un CRRA et les effets du dispositif.

Dans le cadre de mes missions au sein de l'ARS et plus précisément dans le cadre d'une modélisation financière portant sur la PDSA dont j'avais la charge, il fallait que j'intègre le rôle de la régulation, les raisons pour lesquelles ce dispositif constitue un réel levier dans la structuration des parcours de soins en médecine de premier recours mais également en médecine d'urgence. Ceci garantissant à terme un regard plus critique et réaliste du dispositif.

²⁷BOISGUERIN B., VALDELIEVRE H., « *Etudes et résultats, urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation* », DREES, n°889, juillet 2014

²⁸ Société Française de Médecine d'Urgence, « *Référentiel métier Assistant de régulation médicale* », en collaboration avec l'Association nationale des CESU, le SAMU Urgences de France, l'Union nationale des Assistants de régulation médicale, Juin 2016

Le 9 mai 2017, j'ai eu l'opportunité d'observer le fonctionnement d'un CRRA. Le Pr Pierre-Yves Gueugniaud, chef de service du SAMU-Centre 15 du Rhône et le Dr Pierre-Yves Dubien, chef de service adjoint, ont consacré une visite aux membres de la direction de l'offre de soins du premier recours et des urgences²⁹. Cette visite commentée a permis aux membres de la DOS de prendre connaissance du fonctionnement d'une plateforme afin de mieux appréhender les effets de la régulation médicale ainsi que ses spécificités.

L'activité du CRRA se subdivise en trois parties, « le côté droit » de la plateforme est constitué de médecins régulateurs spécialisés dans l'urgence, ils assurent l'AMU. « Le côté gauche » est réservé à la médecine de premier recours, ce sont des médecins généralistes libéraux qui disposent de cabinets en ville et qui exercent en tant que médecins régulateurs les soirs et les week-ends. Des médecins salariés, qui sont des praticiens hospitaliers, participent à la régulation en journée. Enfin, « la partie du centre » permet de réguler l'appel en fonction de la prise en charge nécessaire. Au CRRA, c'est un permanencier assistant de régulation médicale (PARM), qui représente le premier maillon de la chaîne de secours.

C'est le premier interlocuteur de toute personne qui compose le « 15 » en cas d'urgence médicale. Les appels relèvent de l'AMU ou de la médecine de premier recours. En salle de régulation, l'ensemble des activités synchrones en lien avec les appels entrants interceptés par le PARM. La relation entre les permanenciers et les médecins régulateurs est synergique. Le PARM doit cibler précisément la nature de la demande en amont. L'interrogatoire par le permanencier doit être précis. Il doit accueillir, écouter et analyser chaque appel dans les plus brefs délais. L'appel est ensuite transféré au médecin régulateur (AMU ou médecine de premier recours) dès lors que le PARM dispose des éléments d'orientation suffisants afin de ne pas retarder la régulation médicale et éviter les questions en doublon. Il circonscrit le motif d'appel et précise les caractéristiques du patient. Il qualifie le niveau d'urgence et assure la priorisation et le transfert des appels vers le médecin régulateur³⁰. Le permanencier s'assure de connaître à chaque instant la disponibilité, la position et la destination de chaque intervenant pour pouvoir anticiper si l'appelant raccroche par inadvertance. Il recueille les bilans secouristes et prévient à la demande du médecin régulateur les structures d'accueil de l'arrivée de chacun. **Par le biais de la régulation médicale les médecins effecteurs seront mobilisés et identifiés en fonction du niveau de gravité de l'urgence.** Il s'agira de mobiliser soit des médecins généralistes pour des soins primaires, soit des médecins urgentistes pour des soins urgents.

²⁹ Entretien non participatif, visite comprenant les membres de la DOS, la directrice déléguée du pilotage opérationnel urgences et premier recours, la référente régional urgences et soins non programmés, la responsable du service urgences et offre de soins de premier recours et (moi-même en tant que) stagiaire Ifross au sein du service offre de soins du premier recours, CRRA département du Rhône, visite du 19 mai 2017

³⁰Société Française de Médecine d'Urgence, « *Référentiel métier Assistant de régulation médicale* », en collaboration avec l'Association nationale des CESU, le SAMU Urgences de France, l'Union nationale des Assistants de régulation médicale, Juin 2016

Le CRRA s'adapte aux circonstances « du terrain » autant dans le cadre du premier recours que pour les soins d'urgences. Concernant les urgences, la plateforme est équipée d'un système informatique qui gère le flux des urgences du département. Ainsi, les urgences des centres hospitaliers ayant un flux trop important de patients envoient une alerte pour que le CRRA oriente les patients dans un autre établissement habilité. Le Dr Pierre-Yves Dubien rappelle qu'**il faut veiller à bien choisir le type de pathologie et être sûr de son choix concernant l'établissement d'accueil**. Le cas échéant, il y aura un risque d'emboliser les spécialités. Ainsi en cas d'erreur, les hospitaliers devront recourir à des transports sanitaires secondaires, autrement dit des ambulanciers devront transférer le patient d'un établissement à un autre et ceci impacte sur la qualité de la prise en charge du patient qui subira une erreur de régulation en amont. **La vigilance est donc de rigueur**. Enfin, concernant la médecine de premier recours, les médecins régulateurs sont en lien avec les structures de médecine de premier recours et orientent les patients en fonction de la capacité d'accueil.

D'une manière générale, le dispositif de régulation médicale est bien structuré et assure une simplification du parcours de soins pour la population et une prise en charge adéquate. Il incombe aux médecins régulateurs (et non aux patients eux-mêmes) d'orienter les patients auprès des structures adéquates.

Ce sont des professionnels des urgences et de la médecine de premier recours qui assurent en continu un service bien ficelé qui permet de maîtriser en amont le flux populationnel. Il a été rappelé que **la difficulté médico-économique que génère l'afflux excessif dans les services des urgences, peut être maîtrisée en prenant en considération « la meilleure adéquation des besoins »**. La régulation médicale offre un moyen de rationaliser l'utilisation des dispositifs déployés pour assurer une offre de soins complète et structurée. Elle détient un rôle préventif et éducatif qui vient renforcer les effets positifs du dispositif.

I.1.1.2 Une mission préventive et éducative renforçant l'efficacité du dispositif

Afin d'assurer une étude complète du fonctionnement du CRRA, il convient d'ajouter que la régulation médicale n'a pas uniquement pour objectif de faire intervenir un médecin généraliste effecteur pour les soins primaires ou un urgentiste pour les soins urgents. **Les médecins régulateurs ont un rôle de conseil**.

Il est indispensable de rappeler que la population dispose d'un numéro pour suivre les informations et être attentif aux conseils médicaux prodigués.

Il s'agit d'une offre médicale indispensable que l'on pourrait objectiver à travers un cas d'espèce. Les trois quarts des patients rentrent chez eux à l'issue de leur passage aux urgences³¹. Pour exemple, sur l'ensemble des patients des urgences du 11 juin 2013, 76 % repartent à leur domicile³². Ceci démontre bien que le flux populationnel aurait pu être régulé en amont de façon à éviter l'engorgement des SAU et que les consultations non programmés aboutissent pour la plupart à un conseil médical. **Pour plus de 30% des appels, la réponse du régulateur consiste en une simple information ou conseil médical.**

La Haute Autorité de Santé recommande le suivi téléphonique des patients ayant bénéficié d'un conseil médical afin d'améliorer et de sécuriser leur prise en charge.³³ Le conseil médical garantit une écoute attentive de l'appelant et lui permet d'éviter de dédramatiser. Les conseils peuvent être de différentes natures. Cela peut concerner des gestes de soins basiques ne nécessitant pas de recourir à un professionnel de santé. Le médecin régulateur peut également être amené à communiquer sur la localisation d'une pharmacie de garde ouverte à ce moment-là. Il peut également inviter l'appelant à se diriger auprès de son médecin traitant le lendemain ou les jours suivants, dès lors qu'il n'y a pas de risque médical dans l'immédiat et donc pas de nécessité de demander une consultation en « urgence ».

Le conseil médical peut aussi à termes prévenir certains risques futurs en éduquant la population sur les gestes à adopter. Des messages sont souvent communiqués à travers divers canaux tels que les médias (radio, télévision), les affiches dans les transports, les mairies, etc. Pour exemple, le slogan « *les antibiotiques ce n'est pas automatique* ». Le conseil médical au sein de la régulation peut jouer un rôle phare en termes de prévention et d'information. Il s'agit d'un moyen éducatif pouvant potentiellement sur le long terme dissuader les personnes de recourir systématiquement aux urgences.

Dans ce contexte, depuis 2002 l'association Courlygones, créée au sein de l'agglomération lyonnaise participe à la régulation des urgences pédiatriques en délivrant plusieurs messages de santé auprès des parents. L'équipe de Courlygones s'est attachée à rencontrer les médecins régulateurs de la plateforme afin de veiller à une diffusion des messages afin d'harmoniser les pratiques et de surcroît mettre en confiance la population. Cette mise en confiance traduit un renforcement de la légitimité du dispositif de régulation avec délivrance de conseils harmonisés et fondés.

³¹Rapport Cour des comptes, « les urgences médicales : constats et évolutions récentes », JLAR, 1^{er} février 2007

³²BOISGUERIN B., VALDELIEVRE H., « *Etudes et résultats, urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation* », DREES, n°889, juillet 2014

³³BAGOU G., « Classification des degrés d'urgence en régulation », Guide d'aide à la régulation au Samu Centre 15, 2^{ème} édition, 2009.

Le réseau propose d'élaborer des référentiels et des protocoles de prise en charge des situations d'urgences pédiatriques les plus fréquentes, de concevoir des messages pertinents, simples et intelligibles à l'intention des parents etc.³⁴. L'objectif est de les impliquer dans une démarche de responsabilisation et d'éducation. De plus, les médecins pédiatres ne sont pas systématiquement présents au sein des CRRA. Ces protocoles peuvent servir aux professionnels de la régulation médicale qui coopèrent ensemble sur les divers cas d'espèce.

I.1.1.2 Une coopération entre acteurs de l'urgence et du premier recours renforçant la cohésion groupale

Les SAMU-Centre 15 relèvent d'une organisation de type « haute fiabilité » ou «High Reliability Organization», compte tenu de l'enjeu sanitaire³⁵. **Cette fiabilité s'explique en partie par la pluralité d'acteurs investis au sein du CRRA.** Les professionnels ont des ressources à disposition qui dès lors qu'elles sont exploitées représentent une réelle richesse. Elle se traduit par une logique de confiance collective, une importante pratique de transmission des compétences renforçant la cohésion groupale et l'aspect central de l'ambiance de travail sont des éléments clés de la qualité et de la sécurité de la réponse apportées aux patients³⁶.

Le dispositif de régulation médicale regroupe des acteurs aux compétences multiples et variées. La plateforme regroupe des infirmiers, des médecins urgentistes, des médecins généralistes, des étudiants en faculté de médecine etc. Le dispositif permet l'intervention d'autres acteurs présents sur le terrain tels que les pompiers, les ambulanciers privés, les policiers, l'équipe médicale du SMUR. Enfin, elle s'opère avec les personnels d'établissements hospitaliers qui accueillent les patients et les acteurs en médecine de premier recours exerçant en cabinet.

Le dispositif renforce la coopération entre les acteurs. Les équipes pluri-professionnelles et pluri-disciplinaires peuvent échanger sur le ressenti de chacun à travers les divers cas cliniques traités. L'exercice atypique de la médecine à travers la régulation médicale marque une réelle difficulté. Lors de la visite du centre 15 du Rhône, le Dr Pierre-Yves Dubien insiste sur la difficulté de l'exercice mais évoque la cohésion groupale qui règne au sein du CRRA. Il précise que le plus difficile c'est « de ne

³⁴SOLE L., « *Mise en place d'une plateforme téléphonique dispensant des conseils standardisés dans le cadre de l'urgence pédiatrique, Enquête de suivi auprès de 1967 enfants et harmonisation des pratiques dans la région Rhône-Alpes* », Thèse, université Claude Bernard Lyon 1 faculté de médecine et de maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux, N°89, 2017

³⁵PENVERME Y., LALANDE J., LABADY J., « *Quelle organisation mettre en place au Samu centre 15 pour répondre aux critères d'une organisation de haute fiabilité ?* », Ann. Fr. Med. Urgence, 2014

³⁶ Société Française de Médecine d'Urgence, « *Référentiel métier Assistant de régulation médicale* », en collaboration avec l'Association nationale des CESU, le SAMU Urgences de France, l'Union nationale des Assistants de régulation médicale, Juin 2016

pas rater le départ », qu'il faut toujours « faire attention aux risques exceptionnels, aux risques sanitaires et être très vigilants lorsque l'on exerce en régulation pour ne pas vite s'épuiser. Il faut garder à l'esprit qu'« il y a des personnes qui aggravent leur état clinique et d'autres personnes qui sont trop sereines alors qu'elles sont proches de la mort ». Le Dr Dubien évoque un aspect primordial du métier qui définit le rôle pivot du dispositif. Il précise que **tous les matins les dossiers de la veille sont revus par les professionnels en réunion afin de rediscuter systématiquement des divers cas rencontrés.** Ceci permet à termes de développer l'expérience des professionnels et de former une réelle coopération. La coopération intervient « lorsque les buts immédiats des acteurs sont distincts, que leurs tâches sont différentes, mais que leurs activités convergent vers l'atteinte d'un même objectif, vers l'accomplissement d'une même mission. Elle répond souvent à des situations où plusieurs métiers sont nécessaires à l'atteinte d'objectifs complexes »³⁷. Une situation coopérative de travail se caractérise par l'objectif commun implicite ou tacite qui lui est associé et un agir commun où le rapport à autrui fait partie de la définition même de l'action. Ces deux caractéristiques sont bien constitutives de l'activité collective au Samu centre 15³⁸. **Cette coopération entre acteurs renforce l'attractivité du dispositif et améliore la qualité du service rendu.**

Cette mise en réseau entre les parties prenantes, ainsi que le travail en transversalité à travers **l'application de protocoles élaborés par les équipes, occasionnent un état de « vigilance collective »**. Une sorte d'état d'alerte permanent, grâce à la qualité des interactions au sein de l'organisation³⁹. En effet, une planification performante des ressources⁴⁰ est un élément central de bon fonctionnement. Elle contribue à faciliter le travail des professionnels du centre de régulation médicale, améliorer la prise en charge des appelants et maîtriser le risque d'erreur. **Le travail en équipe renforce les compétences des professionnels, ils deviennent plus performants. Il améliore l'efficacité du dispositif, mutualise les moyens et permet un gain de temps.**

Pour assurer le rôle phare de la régulation médicale, les médecins régulateurs doivent être en nombre suffisant afin d'optimiser le dispositif. En effet, **un temps d'attente trop long contribuerait à un risque de perte de chance pour les appelants. Ce faisant, le contrôle des effectifs des médecins régulateurs doit être assuré par l'ARS garante du bon fonctionnement du dispositif.** Les effectifs seront prochainement renforcés afin d'améliorer l'efficacité du dispositif.

³⁷ GREANGEAT M., ROGALSKI J., LIAM L., GRAY P., « *Comprendre le travail collectif enseignant, effets du contexte de l'activité sur les conceptualisations des acteurs* », Sciences de l'éducation, 2009, p 153

³⁸ MOUCHET A., DEMESLAY J., BERTRAND C., « *Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15: l'expérience subjective des médecins urgentistes* », le travail humain, Vol80, 2017/2, pp 133-160

³⁹ PENVERNE Y., LALANDE J., LABADY J., « *Quelle organisation mettre en place au Samu centre 15 pour répondre aux critères d'une organisation de haute fiabilité ?* », Ann. Fr. Med. Urgence, 2014, pp 6-10

⁴⁰ NAIT-ABDALLAH R., « *Modèles de dimensionnement et de planification dans un centre d'appels* », Thèse de doctorat de l'Ecole Centrale des Arts et Manufactures, 2008

I.1.2 Le renforcement de la régulation médicale ; nouvelle orientation stratégique de la permanence des soins

Afin de construire une politique globale de santé cohérente, **l'ARS ARA a fait le choix de renforcer le dispositif de régulation médicale**. Le directeur général de l'ARS ARA, Jean-Yves Grall, soutient qu'il faut souligner le rôle fondamental de « pivot » de la régulation médicale et dans ce cadre, **la promotion de l'appel au « centre 15 » doit être renforcée** afin que la population puisse accéder à un service de qualité.

L'augmentation des plages horaires au sein de la régulation médicale qui prendra effet au 1^{er} janvier 2018, devrait permettre de faire baisser le constat du Dr Jean-Yves Grall. Dans son rapport, il rappelle que 60% de la population ne passe pas par la régulation médicale. La régulation médicale est un vecteur d'orientation du flux populationnel auprès du service adéquat et donc garante de la bonne structuration de l'offre de soins. **Il faut développer le dispositif pour l'optimiser d'avantage.**

Le cahier des charges régional de la PDSA, fixe les modalités d'aménagement de la régulation médicale. L'organisation de la permanence des soins a été confiée aux ARS par la loi HPST. A ce titre, elles ont la compétence pour définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins participant à la PDSA.

Le cahier des charges est en cours de révision suite à la fusion des deux ex-régions Auvergne et Rhône-Alpes. Il aura pour objectif d'aboutir à une harmonisation de la permanence des soins au sein de la région. Le nouveau cahier des charges sera arrêté d'ici fin d'année 2017 pour une mise en application dès le 1^{er} janvier 2018. La révision ayant fait l'objet d'une modélisation financière comprend deux lignes directrices ayant d'ores et déjà reçus l'approbation du directeur générale de l'ARS ARA.

Dans un premier temps, il a été acté, **d'harmoniser les modalités d'organisation de la PDSA sur les deux ex régions tant sur les tarifs que sur les horaires de permanence des soins.**

Afin de garantir une harmonisation de la permanence des soins en Auvergne - Rhône-Alpes, les tarifs des médecins régulateurs exerçant en ex-Auvergne (70€ de l'heure auparavant) doivent être alignés sur ceux pratiqués en ex-Rhône-Alpes.

L'alignement des tarifs suivants, conduit à rémunérer les médecins régulateurs:

- en « nuit profonde⁴¹ », les médecins régulateurs sont rémunérés 100€ de 00H00 à 8H00,

⁴¹ Terme employé spécifique à la PDSA pour désigner la période - 00H00 – 08H00

- en semaine 75 € avant 00H00
- les samedis 75 € de 8H00 à 12H00 et 90€ de 12H00 à 00H00,
- les dimanches et jours fériés 90€ de 8H00 à 00H00

Les tarifs deviennent plus attractifs et devraient inciter les médecins libéraux à accorder du temps professionnel à la régulation médicale.

Dans le cadre de l'harmonisation des pratiques, un nécessaire renfort de médecins régulateurs en semaine entre 19H00 et 20H00 et le samedi matin de 8H00 à 12H00 doit être mentionné dans le nouveau cahier des charges pour les départements d'ex-Auvergne (l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme).

Les deux objectifs principaux permettent d'harmoniser la pratique des tarifs et des horaires sur l'ensemble de la Région afin d'assurer une équité entre médecins. De plus, l'ARS doit s'adapter aux spécificités de chaque département.

L'ARS traite des questions stratégiques avec différents partenaires tels que les syndicats de médecins, les professionnels de santé etc.

Dans un premier temps, il a été demandé de **renforcer la permanence de médecins régulateurs en semaine entre 18H00 et 19H00**. Il s'agit d'une demande de l'URPS, et de certains SAMU-Centre 15. Ils évoquent un afflux dans les services d'urgence durant ces horaires, dû à l'absence de réponses des médecins généralistes. Le Dr Romestaing, Président du conseil départemental de l'ordre des médecins l'avait souligné. **Avec la féminisation de la profession de médecin et l'évolution des pratiques professionnelles notamment en termes d'horaires, les cabinets ferment plus tôt**. Ainsi, le manque de réponse apporté en ville s'accroît.

Un renfort de 7H00 à 8H00 spécifiquement dans le département du Rhône a été demandé, durant cet horaire un pic d'appel a été constaté au Centre 15. Le Dr Pierre-Yves Dubien souligne que les médecins régulateurs d'astreinte en nuit profonde peine à se concentrer entre 7h et 8h étant donné qu'il reste éveillé durant toute la nuit. Il explique qu'entre 7h et 8h les parents d'enfants appellent souvent le 15 dès le réveil de l'enfant qui se sent mal. Ainsi, l'intervention de médecins en renfort permettrait d'assurer un service plus efficace.

Les orientations stratégiques de la permanence des soins doivent s'adapter aux spécificités des territoires et doivent prendre en considération les sollicitations des différents acteurs. Par ailleurs, le renforcement de la régulation doit évoluer simultanément avec les capacités de prise en charge des patients notamment en termes de transport. « Afin d'optimiser la réponse aux demandes de transports ambulanciers par les SAMU-Centre 15, une plateforme informatique, unique en France par ses

innovations fonctionnelles, est mise en place en Auvergne-Rhône-Alpes. L'objectif est de permettre aux ambulanciers de répondre plus efficacement aux demandes émises par la régulation médicale. Les départements ayant expérimenté cette nouvelle plateforme observent une réelle plus-value pour les SAMU-Centre 15. Le système d'information innovant permet au centre 15 une « recentralisation sur son cœur de métier ». Ce dispositif permet de limiter les indisponibilités ambulancières, de suivre les interventions, d'avoir une position en temps réel des moyens disponibles et des interventions sur une carte interactive etc.

Enfin, l'efficacité de la régulation médicale dépend de mesures nécessaires à prendre en considération avec par exemple, la volonté actuelle d'optimiser l'utilisation des transports sanitaires. Elle doit être maîtrisée grâce à un système d'information fiable améliorant la connexion des transports avec les Centre-15 du secteur. Ceci permettrait d'améliorer la mobilité de la population se trouvant en difficulté afin d'éviter l'intervention de SMUR réservée aux urgences vitales ou des pompiers pour des « petites urgences ». Par le biais, du renforcement de médecins régulateurs, le flux à gérer par le CRRRA devrait augmenter et donc des dispositions doivent être prises afin d'assurer un service en mesure de répondre aux besoins. Pour rappel, la régulation n'est que la maîtrise de l'amont de la structuration de l'offre de soins. Par ailleurs, d'autres éléments sont à prendre en considération pour des résultats plus probants et une réelle démarche limitant l'afflux de patients aux urgences. Ceci démontre la complexité de la problématique. Les dispositions d'amélioration de la gestion des soins urgents et non programmés dépendent les unes des autres. Autrement dit, **la régulation médicale représente un dispositif bien structuré mais qui dépend d'autres acteurs afin d'améliorer son attractivité et son efficacité. C'est l'amélioration de la lisibilité des dispositifs qui représente une condition sine qua non pour mettre en valeur le rôle des médecins régulateurs.** Ce faisant, la bonne lisibilité du dispositif doit permettre au patient, mieux informé, de le mettre davantage en confiance évitant ainsi une potentielle appréhension des conseils d'orientation de la régulation médicale.

1.2. Une indispensable lisibilité des dispositifs de l'offre de soins de premier recours

Il est primordial de renforcer la lisibilité des différents dispositifs déployés afin de permettre aux médecins régulateurs et aux patients de prendre connaissance de l'offre de soins disponible sur notre territoire (I.2.1). De plus, chaque dispositif détient un rôle spécifique dans la mesure où ils n'ont pas tous la même spécificité. Ainsi, un système de gradation de ces derniers doit être communiqué afin d'améliorer la structuration de l'offre de soins (I.2.2).

I.2.1 Une multitude de dispositifs peu lisibles

Patrick Hassenteufel⁴² propose de créer « des réseaux d'action publique ». Cette notion est basée sur l'idée que les politiques publiques ne sont pas produites uniquement par l'Etat mais par un ensemble plus large d'acteurs en interaction. Le dispositif de permanence des soins au sens large rappelle l'idée de réseau puisqu'il regroupe un large spectre d'acteurs différents.

De nombreux dispositifs ont été créés afin d'assurer une permanence des soins. La PDS⁴³, qui englobe les soins urgents et soins non programmés, permet de mobiliser de nombreux acteurs. « Les acteurs concernés par la PDS correspondent aux représentants des collectivités territoriales, aux partenaires de l'aide médicale urgente, aux structures des urgences, au service départemental d'incendie et secours, aux sapeurs-pompiers, aux ordres (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes), aux URPS, à la croix rouge française, les associations de PDS (maisons médicales de garde, SOS médecins), aux représentants de l'hospitalisation publique et privée (fédération hospitalière de France, fédération hospitalière privée), aux représentants des transports sanitaires etc.»⁴⁴.

Cette multitude d'acteurs offre une expertise et une valeur ajoutée considérable dans la construction et la structuration des parcours de soins qui coordonnent le premier recours et l'hôpital.

Les ARS, et plus largement le ministère en charge de la santé, ne peuvent structurer les parcours de soins selon une approche strictement institutionnelle. Ainsi, la PDS est corroboré par un certain nombre de professionnels indispensables bien que la pluralité d'acteurs renforce la complexité du dispositif.

Une étude de la DREES⁴⁵ démontre que **deux tiers des patients ont tendance à recourir aux services des urgences en raison de la difficulté ou de l'impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins**. Par ailleurs, une multitude de dispositifs existe mais ils ne sont pas connus de tous et donc peu exploités. Il convient de lister brièvement les structures déployées pour pallier le manque de réponse apportée en ville⁴⁶. Ces dispositifs listés dans l'annexe 1, tels que les maisons médicales de garde ou les maisons de santé, sont multiples et de différentes natures. Ils ont été créés afin d'élargir l'offre de soins en ville. L'objectif est d'éviter le recours systématique dans les services d'urgences.

⁴²HASSENTEUFEL P., « *Sociologie politique : l'action publique* », Paris, Armand Colin, 2008, p 123

⁴³Permanence des soins: dans le sens général du terme (soins urgents et soins non programmés)

⁴⁴www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/la-permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, *la permanence des soins ambulatoires*, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est là, article, 28 décembre 2016

⁴⁵BOISGUERIN B, VALDELIEVRE H., « *Etudes et résultats, urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation* », DREES, n°889, juillet 2014

⁴⁶ Annexe 1 reprenant les dispositifs de premier recours

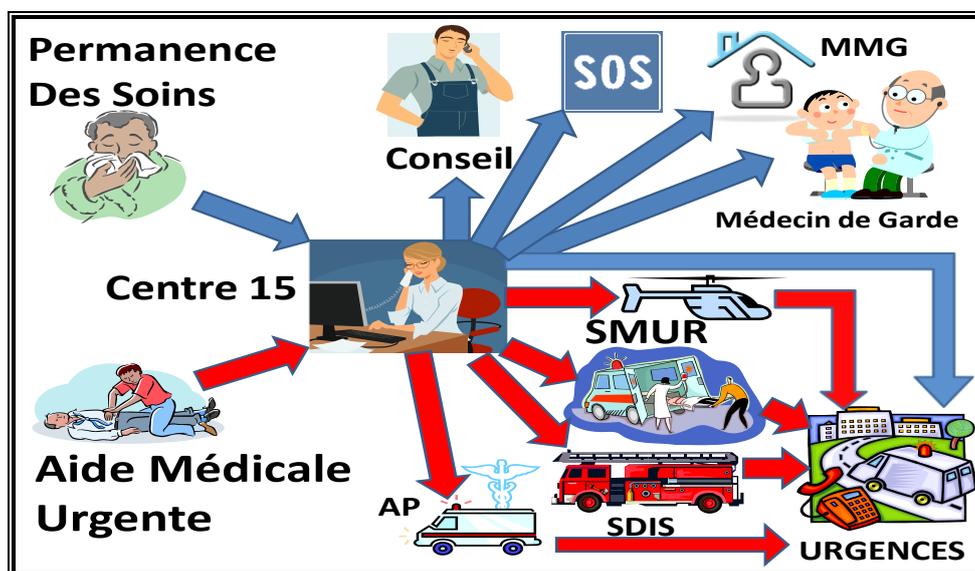
Le Professeur Pierre Carli soutient qu'il ne faut pas persister à croire que la saturation des services des urgences n'est liée qu'à un dysfonctionnement de ces services et que la résolution de ce problème ne dépend que de ces structures. « Les efforts réalisés sur la limitation des flux des patients qui se rendent aux urgences tels que la PDSA, la régulation médicale du SAMU-centre 15 ont leur importance »⁴⁷. Divers paramètres sont alors à prendre en considération.

Il a été établi que l'afflux aux urgences pourrait être limité seulement s'il y a une réelle réorganisation de la médecine de premier recours. Cela sous-entend la garantie d'une bonne lisibilité des dispositifs par la population. Le ministère en charge de la santé, et plus spécifiquement les ARS, doivent promouvoir les divers dispositifs en communiquant simplement et précisément sur leurs rôles. Le cas échéant, les patients opteront pour le recours le plus simple et attractif, à savoir, les services des urgences.

Aujourd'hui, le constat est tel que, de multiples dispositifs ont été déployés mais ils manquent de lisibilité. En effet, sans lisibilité des soins primaires offerts aux patients, ces derniers seront fortement incités à se diriger vers les services des urgences sans que cela ne soit indispensable. De plus, le Dr Jean-Yves Grall évoque que « **la lisibilité des dispositifs permettrait d'inciter les médecins généralistes à participer à la PDSA dans un cadre de volontariat sur une activité mieux organisée** ».

⁴⁷ Pr CARLI P., « Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences », P. Carli président du CNUH, Animateur du groupe de travail « Aval des urgences », CNUH Conseil National de l'Urgence Hospitalière, Septembre 2013

Figure 1 Dispositifs soins urgents et soins non programmés



Cette illustration émane du Dr Pascal Dureau, médecin généraliste régulateur, participant à un débat public organisé par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie⁴⁸. Il s'agit du 2^{ème} débat public de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes. Cette conférence, intitulée, « Du bon usage du système de santé, ça déborde aux urgences ! Que pouvons-nous faire ? », a été présentée, le lundi 9 décembre 2013 à Lyon.

De nombreux experts ont participé au débat, notamment, la présidente de la CRSA, le directeur général de l'ARS ARA, des membres de l'URPS, des experts de tous bords (urgentistes, médecins généralistes, infirmiers, usagers etc.). La présidente de la CRSA, Bernadette Devictor, a fortement insisté sur la présence des jeunes lors de ce débat public car « c'est l'évolution de notre système de santé qui est en jeu et avec elle, l'accès de tous à des soins de qualité (...). Elle rappelle que « l'arrivée de nombreuses personnes aux urgences traduit un déficit d'information sur le comportement à adapter devant telle ou telle situation de santé ».

Les dispositifs de soins primaires doivent être exploités et optimisés de façon pérenne et pertinente. Cela devrait garantir une structuration notable de l'offre de soins et rendre plus attractive la médecine de premier recours qui aujourd'hui peine à se développer.

⁴⁸ CRSA Auvergne-Rhône-Alpes, Actes du 2^{ème} débat public de la CRSA Rhône-Alpes, « Du bon usage du système de santé « ça déborde aux urgences ! Que pouvons-nous faire ? », 9 décembre 2013, Site de Lyon école Normale Supérieure de Lyon

Lors de cette conférence, à travers l'illustration schématique des soins urgents et soins non programmés, le Dr Dureau, explique à la fois les nombreux dispositifs mis en place mais aussi la complexité du système.

L'étude d'un tel schéma démontre que le recours aux urgences paraît être notable puisqu'à travers tout le dispositif, il y a des effecteurs et que beaucoup de « ces flèches⁴⁹ » correspondent aux services des urgences. Ainsi, la remise en cause de la bonne lisibilité des dispositifs de premier recours, par la population, peut être traduite par l'usage des urgences qui paraît, au premier abord, être le plus adéquat.

I.2.2 Une gradation des dispositifs à exploiter pour une meilleure structuration de l'offre de soins

La lisibilité des dispositifs doit être pensée de façon stratégique par les institutions et notamment les ARS qui régulent les territoires en fonction de leurs spécificités. Il convient de s'interroger sur une nécessité de communiquer sur les divers dispositifs mis en place pour la population. Elle doit faire paraître les spécificités des dispositifs qui ont été créés dans une logique de gradation.

L'ARS ARA a mis en place une organisation territoriale graduée des soins urgents et soins non programmés. Le Dr Jean-Yves Grall avait préconisé dans son rapport la mise en place d'un projet territorial qui permettrait un accès aux soins de qualité dans le cadre d'une offre de soins graduée garantissant une prise en charge adaptée aux besoins du patient.

Le service d'information et de communication de l'ARS ARA a créé un schéma⁵⁰ simplifiant les dispositifs de permanence des soins en semaine en fonction de la gravité de la pathologie. Il reprend la typologie des différents dispositifs, la sévérité de l'acte et les horaires de permanence de chaque structure ou service.

En premier lieu, les pharmacies constituent l'usage le plus simple d'une prise en charge pour une personne douloureuse ne nécessitant pas une intervention particulière d'un médecin. Ensuite, les médecins traitants jouent un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. « Le médecin généraliste acquiert une vision plus "synthétique" de son patient », en

⁴⁹ Les flèches rouges représentent la médecine d'urgences et les flèches bleues représentent la permanence des soins

⁵⁰ Annexe 2, « Gradation des dispositifs de l'offre de soins », service information et communication, ARS ARA

décidant par exemple de l'orienter auprès d'un spécialiste. « En outre, il évite des consultations inutiles en résolvant lui-même certains problèmes »⁵¹.

Les maisons médicales de garde sont de simples cabinets garantissant la permanence des soins. Le niveau de gravité de l'acte est donc similaire à celui des cabinets en ville. Les centres de soins de proximité englobent les maisons de santé et les centres de soins non programmés. Certains centres sont équipés de plateaux techniques. Ils participent à la permanence des soins. Ces centres de santé équipés peuvent assurer des consultations dont le niveau de prise en charge et d'urgence est plus élevé que celui des cabinets de ville. Enfin, pour les soins urgents, les médecins correspondant du SAMU assurent les urgences vitales aux horaires de la permanence des soins et permettent de venir en appui aux services des urgences lorsque le patient se situe dans une zone éloignée d'un SMUR de plus de 30 minutes.

Cette illustration schématique, répond aux préconisations du Pr Adolphe Steg, qui avait conseillé cette gradation et qui a été reprise par le rapporteur Jean-Yves Grall. Sur la base d'une régulation médicale, pivot du dispositif, le rapporteur précise, qu'il pourrait être revu « la stratification des niveaux des structures d'accueil des petites urgences ». Ceci permettrait de **grader l'adressage optimal des patients selon leur état**. Il faut alors une réelle adéquation entre le niveau de prise en charge et le dispositif utilisé.

Pour illustrer, l'usage du dispositif le plus adéquat, prenons l'exemple d'une fièvre d'un adulte à traiter. Un centre de soins équipé d'un plateau technique ne représente pas le dispositif le plus adapté. Une consultation simple d'un médecin généraliste qui préconise l'usage de substances médicamenteuses suffirait à prendre en charge le patient.

En complément, certaines structures privées, notamment SOS médecins, complètent l'offre de soins. Ils assurent la régulation médicale et l'effectif. Par ailleurs, ils exercent dans les milieux urbains et participent à la permanence des soins ambulatoire. Aux heures ouvrables ces structures permettent parfois de pallier l'impossibilité d'accéder à des médecins qui ne souhaitent pas désorganiser leur planning parfois dense.

Enfin, l'information est un axe stratégique à développer. Ceci renforcerait l'attractivité des dispositifs et les rendraient plus efficaces. Il faut donc sensibiliser le public sur l'utilisation des dispositifs de premier recours. Le centre 15 permet, en fonction de la gravité du problème, d'orienter le patient qui ne sait pas forcément où trouver des médecins de garde en ville, les soirs ou les week-ends. Le Dr

⁵¹LORTHOLARY C., CHIAVERINI P., DEVAUX B., FRANCOIS D., « Etre médecin généraliste aujourd'hui », LAENNEC, 2010/3, Tome 58, p54.

Dureau précise que cela a été un facteur d'orientation vers les urgences pour 43% de la population. Le Dr Bagou médecin réanimateur et médecin régulateur, intervenant lors du débat public, soulève la problématique du recours aux urgences. Il faudrait que chacun connaisse les missions des différents services d'urgences qui existent. **« Il faut savoir que lorsque l'on parle d'urgences, que l'urgence médicale est définie par un médecin. Le problème est que ceux qui ont recours ne sont pas des médecins, c'est ce qu'on appelle une urgence ressentie »**. L'idée est également évoquée par le Dr Pierre De Haas⁵², médecin généraliste et référent de la région Auvergne-Rhône-Alpes de la fédération française des maisons et pôles de santé. **Il qualifie les patients de « patients experts », « les pathologies deviennent chroniques et les patients deviennent savants »**. Il soutient que les patients qualifient par eux-mêmes ce qui relève de l'urgence et ce qui ne l'est pas.

Il faut redonner confiance aux professionnels et aux institutions et communiquer sur le bon usage des soins. Ce faisant, j'ai souhaité m'entretenir dans le cadre d'un entretien semi-directif avec une chargée de communication au service information et communication de l'ARS ARA, afin d'analyser le manque de lisibilité des dispositifs selon une approche différente⁵³.

Dans un premier temps, il ressort à travers les différents acteurs sollicités que la volonté d'améliorer la lisibilité des dispositifs ne fait pas l'unanimité. Le Dr Doriane Argaud, référente urgences à la direction de l'offre de soins, a pris la parole lors du débat public et a répondu à une sollicitation concernant l'absence de communication sur les MMG. Elle a défendu son propos en affirmant que « les patients ne doivent pas se rendre directement aux Maisons médicales de garde et qu'il faut communiquer sur l'usage du 15 ». Cela permet de préserver ces structures et c'est aussi pour éventuellement avoir une solution de conseil, et ne pas orienter les patients systématiquement vers une structure.

Le conseil national de l'ordre des médecins évoque cette problématique mais en nuancant le propos. La communication est utile mais elle ne doit pas être trop détaillée de peur que le message soit mal interprété et non assimilé.

Dans un second temps, Amélie Roux Rubio, chargée de communication, soutient que le manque de lisibilité des dispositifs est réel, **« les usagers ne savent pas que des dispositifs complémentaires en médecine générale sont déployés »**. Une bonne communication pourrait changer les choses. La sensibilisation des usagers est très importante, par ailleurs, avant cela les dispositifs doivent être exploités sans difficultés. Certains sont en phase d'être créés, d'autres ajustés, etc. **Les efforts de renforcement de l'offre de soins sont effectifs mais le contexte est mouvant**. De ce fait, c'est compliqué de communiquer sur ce qui est mis à disposition de la population. Sans stabilité les institutions perdent leur crédibilité et cela crée une importante perte financière.

⁵² Dr DE HAAS P., « *L'offre de soins en question. Les maisons médicales : retour d'expérience et incidence sur l'offre de soins* », conférence au sein de l'ARS ARA, Fédération française des maisons et pôles de santé, 24 mars 2017, Lyon

⁵³ ROUX RUBIO A., Chargée de communication au service information et communication, ARS ARA, entretien semi-directif du 12 juillet 2017

Par ailleurs, « **ce qui serait judicieux, serait qu'au niveau national, le ministère en charge de la santé, qui représente une force de frappe, puisse booster toutes les ARS sur des sujets tels que les urgences afin d'établir une « cause de santé publique » à travers la communication** ». Cela permettrait de diminuer considérablement le coût et constituerait une possibilité d'informer la population plus facilement et d'uniformiser le message. De plus, il serait plus efficace que les institutions communiquent le même message, il faut établir une communication qui serait reprise partout afin de simplifier la campagne de communication et avertir un public élargi.

Enfin, il ressort, que l'information des patients pour améliorer la lisibilité des dispositifs est inéluctable. La communication doit être réalisée en diffusant un message simple. L'information ne doit pas énumérer le détail et les spécificités des dispositifs existants. Il faudrait scinder le message en trois axes:

- 1) Rappeler que les cabinets médicaux ne constituent pas une offre unique de soins de premier recours et qu'il existe des structures adaptées aux consultations non programmées relevant des petites urgences.
- 2) Ces structures sont différentes en fonction de la gravité de la prise en charge (envisager une notion de gradation des soins)
- 3) Enfin, communiquer sur l'usage indispensable de la régulation médicale afin de bénéficier d'une prise en charge adaptée. De plus, l'information permettra aux médecins régulateurs de mettre en confiance les appelants et de gagner du temps sur des questions éventuels portant sur la structuration du parcours des soins ambulatoires.

En outre, le déploiement du numéro unique attribué aux soins de premier recours sera prochainement communiqué. Il devrait renforcer le recours à la régulation médicale et aux soins primaires au détriment des soins urgents.

1.3 Le numéro unique 116 117 déployé par le ministère de la santé pour faciliter l'accès aux soins primaires

L'article 75 du projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place d'un numéro national et gratuit de permanence des soins. Le 116 117 sera acheminé dans les CRRA. L'enjeu est de mettre à disposition des patients un numéro dédié à la PDSA aisément mémorisable et accessible depuis l'ensemble du territoire.

Les membres du ministère en charge de la santé soutiennent que **le numéro 116 117 a été choisi et officiellement inscrit à la liste des numéros d' « urgence » nationale**⁵⁴.

Jusqu'à présent, plusieurs numéros à dix chiffres étaient déployés pour la permanence des soins dans chaque département. Par ailleurs, il n'y avait pas d'harmonisation sur le territoire.

Le déploiement du futur numéro « 116 117 » prendra uniquement les demandes de petites urgences et permettra d'optimiser le fonctionnement des dispositifs de premier recours. Il consistera à renforcer la régulation médicale avec une campagne de communication qui sera faite afin d'inciter les personnes à passer par la régulation. Le déploiement du dispositif est prévu d'ici la fin de l'année 2017.

La ministre en charge de la santé, Marisol Touraine, lors du déploiement du numéro unique, a déclaré « j'ai souhaité **faciliter l'accès de tous les Français à un médecin généraliste aux heures de garde**, devant la multiplicité des numéros existants d'un département à un autre, j'ai mis en place un dispositif simple et facilement mémorisable. Le 116 117 garantit l'accès aux soins pour tous aux heures de fermeture des cabinets médicaux »⁵⁵.

L'initiative du dispositif a été soutenue par le syndicat des urgentistes de France ainsi que par les syndicats des représentants des médecins libéraux. En outre, les acteurs de la PDSA ont été concertés dans chaque région, les représentants des médecins urgentistes ainsi que les représentants des usagers.

Enfin, le déploiement du numéro unique pendant les horaires de la PDSA devrait renforcer la bonne utilisation des dispositifs de premier recours dans la mesure où le numéro est dédié uniquement à la permanence des soins. Par ailleurs, les patients doivent trouver une réponse pertinente en aval par le biais du déploiement de dispositifs d'effecton.

⁵⁴ Décision N°2016-0172 de l'ARCEP homologuée le 7 mars 2016 par le ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi

⁵⁵ Ministère des affaires sociales et de la santé, Communiqué de Presse, « *Marisol Touraine lance dans trois régions le 116 117: un numéro unique pour joindre un médecin de garde aux heures de fermeture des cabinets médicaux* », Paris, le 5 avril 2017

II Une volonté de déployer des dispositifs d'effecton facilitant le recours aux soins primaires mais qui nécessitent un cadrage drastique

Les dispositifs de premier recours déployés représentent la réponse apportée sur le terrain, en aval. La régulation permet d'orienter les patients vers ces dispositifs. Les services des urgences à l'hôpital représentent l'effecton par défaut. Il faut alors développer des dispositifs ouverts à la population afin que cette dernière puisse trouver une réponse en ville sans être contrainte de passer par les services d'accueil des urgences. La PDSA contribue à la prise en charge des soins de premier recours les soirs et les week-ends (II.1). Par ailleurs, ce procédé n'est pas suffisant puisque les services d'accueil des urgences sont surchargés en journée. Des dispositifs doivent être déployés afin d'offrir un accès aux soins primaires en journée (II.2). Enfin, il convient de noter que les dispositifs déployés dans le but de limiter l'afflux aux urgences comportent des limites causées par le manque d'un encadrement normatif (II.3).

II.1 La PDSA : un procédé d'accès aux soins de premier recours dans un cadre réglementaire

La PDSA assure par le biais des maisons médicales de garde une offre permettant de prendre en charge les demandes de soins non programmés les soirs et les week-ends. Elles fonctionnent aux heures réglementaires de permanence des soins (II.1.1). L'accès à ces structures doit être régulé en amont afin que les patients puissent bénéficier du tiers payant. (II.1.2). Enfin, des moyens complémentaires doivent être déployés afin de garantir une offre de soins plus complète en journée (II.1.3).

II.1.1 Les maisons médicales de garde: un dispositif complémentaire aux cabinets de médecine générale

Les maisons médicales de garde représentent un lieu fixe de médecine générale. « Elles conjuguent prises de gardes, travail en équipe, diminution du sentiment d'insécurité pour les médecins, diminution des délais d'attente et efficacité pour les patients »⁵⁶. Leur fonctionnement diffère selon les bassins de

⁵⁶GENTILE S., DEVICTOR B., AMADEI E., BOUVENOT J., DURAND, AC. SAMBUC R., « *Les maisons médicales de garde en France* », Revue Santé publique, Vol 17, pp 233-240

population qu'elles desservent. Certaines MMG peuvent être hébergées dans des locaux d'une clinique, d'un hôpital etc. **Le Dr Jean-Yves Grall, précise dans son rapport, que les MMG doivent être localisées à proximité de services des urgences.** Si elles jouxtent les établissements de santé cela garantirait à la population une meilleure accessibilité et lisibilité des dispositifs puisque les services d'urgences représentent les lieux les plus communément fréquentés. Les patients des MMG sont généralement régulés par les Centres 15 et les ARS doivent veiller à ce que cela soit systématique. En effet, ce rapport, « centre 15 » et « MMG », permet de coordonner l'amont et l'aval et donc d'optimiser les ressources et dispositifs engagés dans l'organisation de la permanence des soins.

Les maisons médicales assurent une activité de consultations non programmées et fonctionnent aux heures réglementaires de permanence des soins. Elles sont ouvertes de 20H00 à 00H00 la semaine, de 8H00 à 00H00 les dimanches et jours fériés et les samedis après-midi ainsi que les jours de « ponts ». Chaque MMG est implantée sur un secteur préalablement identifié par l'ARS.

Les MMG sont au nombre de 29 en région Auvergne-Rhône-Alpes et 8 sont en projet. Elles représentent les principales structures de la PDSA et sont organisée à travers le cahier des charges de la permanence des soins. **Ce cadre réglementaire rend le dispositif viable et assure une sécurité apportée à la fois au patient et au médecin généraliste.**

Pour exemple, la ville de Lyon comprend quatre MMG; la MMG Jean-Pierre Terrien, la MMG Buyer, la MMG Sarrail, la MMG Valmy. Elles réalisent une activité évaluée par les membres de la DOS à environ 20 000 passages en moyenne par an. En l'absence des MMG ces 20 000 passages auraient été pris en charge dans les services d'accueil des urgences. **L'accès au médecin de garde se fait en principe en aval d'une régulation médicale.**

II.1.2 Une régulation médicale préalable comme condition d'accès à la maison médicale

L'accès d'une consultation de médecine générale dans une MMG passe obligatoirement par un appel du « centre 15 » qui organise un rendez-vous dans les meilleures conditions de sécurité. L'organisation de cette consultation est identique à celle d'un cabinet médical et le médecin est rémunéré à l'acte à l'issue de la consultation.

Sans régulation préalable le patient devra effectuer l'avance des frais, alors qu'un acte régulé en MMG, doit faire obligatoirement l'objet du tiers payant. Il s'agit d'une mesure incitant les patients à appeler la régulation médicale avant tout déplacement. Cette mesure contribue à dissuader les appelants, s'ils ne nécessitent pas dans l'absolu d'une consultation médicale, ou à les orienter auprès d'un dispositif plus adéquat.

A cela s'ajoute, le cas particulier des week-ends qui nécessite une régulation plus importante. Cette période englobe le plus de demandes causées par la fermeture de la plupart des cabinets médicaux deux jours consécutifs (bien que certains soient ouverts les samedis matin). Les week-ends l'activité des médecins généralistes est la plus intense particulièrement en fin de matinée, entre 11h et 12h⁵⁷. Parallèlement, **durant les week-ends « la file active » de patients explose aux urgences. Ainsi, la mise en place des MMG via la PDSA a été pensée afin de contribuer à une limitation de l'afflux aux urgences.**

Ce faisant, lors de la modélisation financière du futur cahier des charges de la PDSA il a été acté de renforcer l'effectif, les week-ends, afin de pallier le manque de disponibilité des médecins généralistes.

Enfin, l'ARS ARA a souhaité s'adapter aux spécificités des territoires notamment en observant les habitudes de la population en termes de flux de patients dans les services d'accueil des urgences. Il ressort que, dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, au regard de la structuration territoriale et de cette approche subjective ; le Résumé de Passage aux Urgences (RPU) dans le département de la Loire ne cesse d'augmenter. Entre les années 2015 et 2016 le nombre de RPU a augmenté de environ 7%⁵⁸. Le département de la Loire dispose de maisons médicales de garde dans 6 secteurs⁵⁹. Les MMG sont toutes adossées à des centres hospitaliers et régulée par le « centre 15 ». **Un Infirmier d'Accueil et d'Orientation⁶⁰ à l'accueil des urgences a pour mission d'orienter les patients vers un médecin généraliste de la MMG immédiatement et en amont du service d'urgences.** Il contribue alors à limiter le flux de patients pris en charge aux urgences.

Par ailleurs, la PDSA constitue un dispositif affaibli qui ne répond qu'en partie à la problématique d'engorgement des services des urgences.

II.1.3 Un renforcement des soins primaires devant intégrer des moyens complémentaires assurant la continuité des soins

Il convient de préciser que le ministère en charge de la santé et l'ARS ARA ont mené une politique de **déploiement de dispositifs innovants et expérimentaux afin de renforcer l'offre de soins pour les demandes de soins non programmés.** Le Dr Jean-Yves Grall consacre dans son rapport portant sur la

⁵⁷ GOUYON M., LABARTHE G. (DRESS), « *Etudes et résultats, les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats* », N°471, mars 2006

⁵⁸ Annexe 3, « *Evolution du nombre de résumé de passages aux urgences dans le département de la Loire* », ARS ARA, Direction de la stratégie et des parcours - Service études et prospective

⁵⁹ Secteurs du département de la Loire comprenant des MMG : Montbrison, Feurs, Agglomération stéphanoise (Hôpital Nord), Firminy, Roanne, Saint Chamond

⁶⁰ IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation des urgences

territorialisation des activités d'urgences, une « partie »⁶¹ sur l'adaptation d'une stratégie de prise en charge des urgences au niveau des territoires.

La réalité de la demande de soins en « urgences » est citée, dans une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la santé (DRESS)⁶², puis reprise par le rapporteur. Les résultats de l'étude contribuent à guider les réflexions et les actions entreprises par l'ARS selon deux axes. Ces derniers doivent être pris en considération afin de comprendre dans quelle mesure le ministère et l'ARS ont souhaité déployer de nouveaux dispositifs. Cette résolution répond à une stratégie de prise en charge des urgences bien définie. Elle cible les structures ayant un faible nombre de passages aux urgences (inférieur à 15 000 passages) et parallèlement un faible taux d'hospitalisation à l'issue des passages aux urgences.

II.1.3.1 Le faible taux d'hospitalisation à l'issue des passages aux urgences détermine le déploiement de dispositifs innovants

Depuis 1990, la proportion d'hospitalisation après passage dans les services d'urgences s'est abaissée aux environs de 20% et reste stable depuis de nombreuses années. **Un patient sur cinq est hospitalisé suite à un passage aux urgences.** Il est essentiel de prendre en considération un tel constat puisque le taux est suffisamment bas pour considérer que les 80% restants relèvent de pathologies d'une faible gravité. Le taux de passage des hospitalisations à l'issue d'un passage aux urgences ainsi que la gravité des pathologies doivent être étudiés simultanément. En effet, cela détermine la stratégie employée par l'ARS dans la restructuration de l'offre de soins de premier recours.

Il ressort que le recours important de la population dans les services d'urgences n'est pas systématiquement justifié par la gravité des pathologies. Cela étant, les hôpitaux doivent être en mesure de communiquer aux ARS la classification des actes médicaux justifiant les passages dans les services d'urgences. Elle s'apprécie selon une Classification Clinique des Malades des Urgences⁶³ (CCMU). Elle est divisée en 7 degrés de gravité. Le médecin SMUR ou de l'accueil des urgences détermine à la fin de l'examen clinique ce degré.

Les patients dont l'état est considéré comme étant stable sont classifiés CCMU 1 et 2 et relèvent de la médecine de premier recours. Les actes de CCMU 1 représentent un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé stable avec une abstention d'actes complémentaires. Les actes de CCMU 2 relèvent

⁶¹GRALL JY, « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences », Partie 2 « urgences: adapter la stratégie de prise en charge au niveau des territoires. De la demande de soins non programmés à l'urgence réelle », juillet 2015, p 14

⁶² GOUYON M., LABARTHE G. (DRESS), « Etudes et résultats, les recours urgents ou non programmés en médecine générale, premier résultats », N°471, mars 2006

⁶³ Cf Annexe 4

d'une décision d'actes complémentaires diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

A l'issu de ces examens, il s'agit principalement de conseils médicaux ou de prescriptions médicamenteuses. Il ressort que ces actes représentent potentiellement la part de soins non programmés non pris en charge en ville.

Les actions engagées par l'ARS portent donc sur les services d'urgence dont le taux d'hospitalisation est faible et qui ne répondent pas aux critères des services de médecine d'urgence à proprement parler. En effet, certains services d'urgences peuvent ne plus afficher les conditions suffisantes en termes d'organisation et d'environnement pour assumer les missions d'un SAU. Il a été admis que ces structures ne répondent pas aux conditions techniques de fonctionnement⁶⁴. Les causes de ce non-respect sont principalement liées à un problème de manque de personnel ne permettant pas une permanence médicale, notamment pour les sorties SMUR. Le renforcement de ces services d'urgences à faible taux d'hospitalisation afin qu'ils puissent obtenir le niveau de soins requis, n'apparaît pas comme une stratégie pertinente. En effet, ces services qui jouxtent d'autres SAU qui sont conformes aux recommandations organisationnelles de la DGOS, structurent déjà l'offre de soins⁶⁵.

Selon une étude menée par le cabinet Acsantis à la demande de la DOS de l'ARS ARA, cette surenchère de moyens serait contre-productive et ajouterait de l'inefficience au système. Les membres de la DOS premier recours ont souhaité effectuer une modélisation de dispositifs de premier recours innovants durant la phase de demandes de renouvellement des services des urgences par la Commission Spécialisée pour l'Organisation des Soins⁶⁶. En ARA nous comptons 84 SAU dont 55 qui sont équipés d'une antenne SMUR. Ainsi, des autorisations de services des urgences n'ont pas été renouvelées dans le cadre de la CSOS afin de remplacer ces SAU en unités dédiées à des soins non programmés. Cette politique est récente, en mars 2017, 7 établissements ont été la cible d'une potentielle fermeture des SAU qui ont une activité représentant majoritairement des actes de CCMU 1 et 2. Par ailleurs, à l'heure actuelle, seuls deux ont abouti à une fermeture.

Ce constat est la résultante du déploiement des dispositifs expérimentaux de premier recours souhaité par l'ARS ARA. Par ailleurs, les dispositifs étant récents et expérimentaux, ne peuvent être évalués sur leur efficacité mais ils sont déployés afin de limiter la déficience de l'offre de soins de premier recours.

⁶⁴ Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence

⁶⁵ Cabinet Acsantis, « *Etude de modélisation de structures de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge de petites urgences* », ARS ARA, Mars 2015

⁶⁶ CSOS Commission Spécialisée pour l'Organisation des Soins, commission qui formule des avis en matière d'implantation et de financement de l'offre de soins sur le territoire sur les volets ambulatoires et hospitaliers

II.1.3.2 Une continuité des soins nécessaire au regard des passages aux urgences essentiellement diurnes

Les passages dans les services d'urgence sont essentiellement diurnes. **Le Dr Jean-Yves Grall soutient qu'ils représentent entre 75% des passages qui ont lieu entre 08H00 et 20H00** contre 25% entre 20H00 et 08H00 et 10% entre 00H00 et 08H00. Sur le plan sociologique, selon la DRESS l'accessibilité des services d'urgence est un critère de choix pour 60% des patients tandis que 20% des patients y recourent, faute d'avoir pu trouver en amont une autre réponse à leur problème.

Ce faisant, la PDSA avec les MMG est un dispositif qui apporte certes une offre de soins les soirs et les week-ends mais il doit être complété par d'autres procédés déployés en journée. **Le développement des soins non programmés en journée répond à un besoin de « continuité des soins »⁶⁷**. La volonté de déployer de tels dispositifs permet de décharger la PDSA les soirs et les week-ends. En effet, la demande est conséquente en journée et les médecins généralistes ne prévoient pas systématiquement des consultations non programmées. Par conséquent, les médecins de garde aux horaires de la PDSA, doivent répondre aux nombreuses demandes faites en journée. Autrement dit, **en l'absence de dispositifs complémentaires déployés en journée, les demandes sont différées le soir**. Ainsi, les dispositifs assurant la continuité des soins sont déployés pour combler le manque de disponibilité des médecins généralistes et des médecins de garde aux horaires de la PDSA. Par ailleurs, une des difficultés majeures est d'offrir un dispositif suffisamment attractif et qui valorise la médecine de premier recours afin d'impliquer les professionnels de santé spécialisés en médecine générale.

II.2 La mise en œuvre de dispositifs innovants de continuité des soins valorisant le recours à la médecine de proximité

Le ministère en charge de la santé a souhaité inciter les professionnels de santé à intégrer des dispositifs de premier recours incitatif pouvant potentiellement faire évoluer les pratiques professionnelles par le biais d'un « mode d'exercice coordonné » (II.2.1). Des centres de consultations non programmés ont été créés afin d'assurer une offre de soins en journée (II.2.2), ainsi que des maisons et des centres de santé (II.2.3).

⁶⁷ Expression employée pour désigner les soins non programmés en journée

II.2.1 La coordination des acteurs de premier recours renforcée par un système incitatif

Les dispositions incitatives encourageant le déploiement des dispositifs innovants sont sous deux formes; les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Ces dispositions sont issues de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016⁶⁸. « La combinaison de ces mesures pose un cadre pour une réelle évolution des pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de réponses ambulatoires coordonnées, visant à améliorer le parcours coordonné du patient, ou susceptibles de réduire les hospitalisations évitables ou les prises en charge en urgence »⁶⁹. L'esprit général de la loi et de l'instruction est que ces organisations doivent émaner en première intention des professionnels.

L'ARS ARA a choisi de travailler de manière conjointe avec les URPS (Médecins, Infirmiers, etc.) afin d'identifier les éventuels projets existants des ESP – CPTS.

Une ESP est un mode d'organisation coordonné conçu par des professionnels de santé. Elle fédère plusieurs professionnels assurant des soins de premier recours dont au moins un médecin généraliste. Le projet de l'ESP a pour objectif d'améliorer la prise en charge et les parcours de santé de la patientèle par une meilleure coordination de leurs actions. L'amélioration de la coordination peut passer par exemple par l'organisation d'un partage d'informations concernant les patients pour améliorer la qualité et la fluidité du parcours entre les acteurs de la prise en charge, l'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies par un fonctionnement collectif organisé (protocole) etc.

L'ESP correspond à un 1^{er} échelon de coordination sur le territoire. Cet échelon peut, évoluer vers une structuration de 2^{ème} échelon de type maison de santé ou centre de santé. Des critères de contractualisations sont à prendre en considération notamment « être au moins deux professionnels de santé dont au moins un médecin généraliste et témoigner d'un minimum de patients en commun entre les professionnels de l'ESP » et « présenter un projet ayant pour objet l'amélioration de la prise en charge et des parcours des patients (projet de santé, protocole, réunions de coordination pluri-professionnelles, échange de bonnes pratiques autour d'une problématique liée à la patientèle...) ».

Il est possible en fonction du projet porté que les professionnels constituant l'ESP puissent élarger sur des aides conventionnelles. **L'ARS intervient dans ces ESP comme facilitateur de la mise en**

⁶⁸ Loi N°2016-41 du 26 janvier 2016, Articles 64 et 65 de la LMSS et L 1411-11-1 du CSP

⁶⁹Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016

place de ces projets. Cette première étape de structuration a vocation si possible à évoluer vers un exercice regroupé pour lequel l'ARS apporte un soutien financier.

Une CPTS est un ensemble de professionnels portant un projet visant l'amélioration de l'accès aux soins et/ ou de la continuité des parcours de santé sur le territoire du projet, au-delà de la stricte patientèle des promoteurs du projet. Elle est constituée d'un ensemble de professionnels du secteur sanitaire (premier et second recours), du secteur médico-social et/ou du secteur social. Une CPTS peut, selon sa configuration et la place occupée par les libéraux, constituer l'instance de gouvernance territoriale partagée d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA). Il est impératif que les dynamiques CPTS et PTA, si elles existent sur un même territoire soient envisagées de manière cohérente et articulée.

Une CPTS souhaitant être reconnue par l'Agence Régionale de Santé doit rédiger et transmettre une lettre d'intention ou pré-projet qui permettra d'envisager un financement. Le pré projet et/ou le projet de santé sont transmis à l'ARS pour instruction ouvrant droit à la possibilité d'un accompagnement financier.

Le point substantiel et stratégique piloté par l'ARS est que **ces projets de santé doivent être envisagés en cohérence avec les priorités du Projet Régional de Santé⁷⁰** dont plusieurs thématiques sont aujourd'hui prioritaires. **L'apport d'une réponse à la demande de soins non programmés en journée fait partie intégrante des priorités du PRS** et a été ciblé par l'ARS comme thématique prioritaire dans les futurs projets CPTS.

Enfin, chaque dispositif expérimental donne lieu à une évaluation afin de vérifier son efficacité. Elle se mesure dès lors que le projet de santé est en adéquation avec les résultats d'exercice.

Ces dispositifs innovants reflètent une perspective commune au système de santé américain. En effet, le second pilier, de la loi « Affordable Care Act dite "Obamacare », est fondé sur la promotion de nouvelles formes d'organisation des soins de nature à favoriser la coordination entre les professionnels de santé et à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Il plaide pour le renforcement des soins primaires comme « préalable à l'intégration plus complète des soins ». Ces expérimentations pourraient donc ouvrir des perspectives en France dans le contexte de poursuite de la politique de soutien aux structures pluri-professionnelles en soins de premiers recours et des nouvelles possibilités offertes par la loi de modernisation du système de santé⁷¹.

⁷⁰ Projet Régional de Santé (PRS) définit les objectifs de l'agence sur cinq ans ainsi que les mesures tendant à les atteindre

⁷¹ MOUSQUES J. (IRDES), LENORMAND MC. (CNAMTS), « *L'expérience américaine des Accountable Care Organizations: des enseignements pour la France?* », Questions d'économie de la santé, N°227, Avril 2017

II.2.2 Le déploiement des centres de soins non programmés pour assurer la continuité des soins

L'ARS ARA a été précurseur dans sa réflexion sur l'organisation des soins non programmés avec pour objectif de faciliter l'accès aux soins en soutenant les organisations innovantes. L'ARS a réalisé une étude stratégique qui a conduit au déploiement des Centres de Soins Non Programmés (CSNP) avec une prise en charge assurée par des médecins généralistes. Cette étude a été réalisée en mars 2015 par le cabinet de conseil Acsantis. Elle s'intitule « étude de modélisation de structures de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge des petites urgences ». Elle vise à « explorer les leviers opérationnels activables localement en vue d'améliorer la prise en charge des demandes de soins non programmés et petites urgences, afin d'éviter des hospitalisations inutiles tout en garantissant des soins de qualité, efficaces et efficaces »⁷². Il ressort de cette étude que la direction souhaitée par l'ARS ARA n'est pas la suppression totale de ce type de structures. Cela déstabiliserait l'offre au niveau du territoire où elles sont implantées, et risquerait de réorienter de manière inappropriée des flux de patients vers les services hospitaliers existants, au risque d'entretenir les phénomènes d'engorgement.

II.2.2.1 Une mise à disposition d'un « petit plateau technique » facilitant la prise en charge des soins de premier recours

Les CSNP entendent répondre à un enjeu de taille. Le dispositif offre une prise en charge de « petites urgences » ou demandes de soins non programmés à la place des services d'urgences hospitaliers. Il contribue à capter une partie du flux de patients allant dans les services d'urgences. Par le biais des CSNP, l'objectif est de définir un périmètre réaliste d'un « centre de soins de premier recours avec petit plateau technique » permettant de faciliter la prise en charge de petites urgences. Cela nécessite la mise à disposition d'un petit plateau technique avec un équipement minimal comportant du matériel propre aux soins d'urgence. Le plateau technique dispose de matériels d'imagerie, d'échographie, de radiologie, de biologie d'urgence etc.

Il convient d'explicitier plus largement les raisons d'une mise à disposition d'un petit plateau technique en médecine de ville par l'ARS. La nécessité de restructurer l'offre de soins de premier recours dépend du déploiement de dispositifs d'effectif adaptées aux demandes de la population. Ce faisant,

⁷² Cabinet Acsantis, « Etude de modélisation de structures de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge de petites urgences », Mars 2015

une étude de la DRESS⁷³ portant sur les urgences hospitalières a été réalisée afin de mieux appréhender les circonstances des recours aux urgences. Cette enquête a été réalisée auprès de tous les patients se présentant dans l'ensemble des 738 structures d'urgences hospitalières générales comme pédiatriques. L'étude démontre que la majorité des patients citent plusieurs raisons à l'origine de leur venue aux urgences ; notamment pour les deux tiers des patients interrogés. La décision de se rendre dans les services d'urgences, « clairement décidée pour un motif médical », regroupe les cas où **les urgences constituent le lieu de soins qui apparaît médicalement le plus adapté aux problèmes de santé**. Le recours aux urgences est motivé par la facilité d'accès de ces services, en termes de « proximité géographique » mais également de « **disponibilité de plateau technique**, d'horaires ou encore de gratuité ». Les dispositifs de premier recours doivent offrir un moyen garantissant la prise en charge de pathologies relevant de la traumatologie. Elle représente entre 35% et 40% des admissions aux urgences⁷⁴. Elle nécessite une mise à disposition de matériel d'imagerie. Une étude de la DRESS démontre que près de 80% des patients ont tendance à s'orienter en médecine de ville pour des douleurs somatiques (douleurs relatives au corps). **Pour ce qui relève de la traumatologie, les patients se déplacent instinctivement aux urgences puisque ces services disposent de plateaux techniques**. Le professeur Carli précise que l'activité du service d'urgences et de son aval immédiat est très dépendante de la possibilité et de la rapidité de réalisation des examens d'imagerie.⁷⁵ Il rajoute que, le dimensionnement et l'organisation des plateaux techniques d'imagerie des établissements assurant l'accueil des urgences doivent être optimisés pour faire face aux besoins du service.

La région Auvergne - Rhône-Alpes compte quatre CSNP financés par l'ARS ARA ; le centre des Boutières dans le département de l'Ardèche, le centre de Cluses dans le département de la Haute-Savoie, le centre Moutiers dans le département de la Savoie et le Centre du Val d'Ouest dans le Rhône.

II.2.2.1 L'expérimentation du centre de soins non programmés du Val d'Ouest : un premier bilan établi par une évaluation médico-économique

Par délibération d'une commission exécutive de l'ARS, en date du 8 octobre 2008, une autorisation a été délivrée à la clinique du Val d'Ouest d'exercer une activité de médecine d'urgence. Cette autorisation dépend des modalités suivantes ; « une prise en charge des patients accueillis dans la

⁷³ VUAGNAT A., « *Les urgences hospitalières qu'en sait-on ?* », étude de la DRESS, 11 juin 2013

⁷⁴ Ibid

⁷⁵ Pr CARLI P., *Propositions de recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, P. Carli président du CNUH, Animateur du groupe de travail « Aval des urgences », CNUH Conseil National de l'Urgence Hospitalière, Septembre 2013

structure des urgences pédiatriques, sous réserve d'un fonctionnement 24H/24 dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire avec les Hospices Civils de Lyon⁷⁶ ». De fait, le service d'urgences positionné sur le Val d'Ouest devait être ouvert 7 jours sur 7 de 8H00 à 22H00 et les prises en charge en dehors de cette amplitude devaient être assurées par l'Hôpital Femme-Mère-Enfant situé dans la ville de Bron.

Compte tenu de la non-conformité avec la réglementation, l'autorisation de médecine d'urgences de la clinique du Val d'Ouest n'a jamais été mise en œuvre.

En 2011, le service d'urgences pédiatriques de la Clinique du val d'Ouest a été transformé en centre de soins non programmés. Le directeur de la Clinique du Val d'Ouest s'estimait en difficulté de répondre aux dispositions de l'article R 6123-18 du CSP qui énonce que « tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3^{ème} alinéa de l'article R.6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU ». Le directeur précisait « qu'une telle activité durant la nuit ne correspondait pas aux besoins de la population et qu'il serait très difficile de recruter des pédiatres pour effectuer cette garde nocturne ». En ce sens, le rapport de J-Y Grall évoque les difficultés de recrutement de médecins urgentistes dans de nombreux établissements qui amènent souvent à des recrutements de personnel intérimaire, voire à des difficultés de maintenir le dispositif en activité 24h/24 et 365 jours/365.

Au regard de ces éléments, pour répondre aux besoins de santé de la population et dans un souci d'optimisation des ressources existantes, il a été acté par les membres de la CSOS, une transformation du service des urgences en CSNP. Ce dispositif innovant comprend des médecins généralistes dans une structure adossée à un centre hospitalier de proximité, la clinique du Val d'Ouest, qui se situe à Ecully. **L'objectif est de répondre à un besoin reconnu de santé publique en termes de prise en charge de soins non programmés assurant la continuité des soins sur l'ouest lyonnais et indirectement de permettre un désengorgement de l'HFME.** Parallèlement, la direction de l'HFME a fait part à l'ARS d'une situation de débordement de son service des urgences.

Selon les données SAE 2016, **l'hôpital Femme-Mère-Enfant, doté d'un service d'urgences pédiatriques, compte 96 292 passages par an** soit une moyenne de 264 patients par jour. **Les actes sont pour 99% classés en CCMU 1 et 2.** C'est une réelle problématique puisque le flux conséquent aux urgences génère une réelle perte de chance pour les cas d'urgences pris trop tardivement. De plus, l'hôpital de Villefranche, à proximité du Val d'Ouest, dispose d'un service d'urgences générales avec

⁷⁶ Hospices Civils de Lyon (HCL) plus spécifiquement l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) dont la spécialité est la pédiatrie

en moyenne 192 passages par jour soit 69 945 patients par an⁷⁷. Il comprend une forte proportion pédiatrique de l'ordre de 43%⁷⁸. Les membres de la délégation départementale de l'ARS ARA ont pris en considération le maillage territorial dans lequel est implantée la clinique du Val d' Ouest. **Le CSNP se situe dans une zone dans laquelle un quart de la population environnante est âgé de moins de 20 ans.**

Tous les praticiens intervenant sur le centre ne sont pas pédiatres. Par ailleurs, la grande majorité d'entre eux dispose à minima d'un diplôme universitaire « accueil et urgences pédiatriques ». Certains des praticiens ont préalablement exercé au niveau des urgences de l'HFME. Ceci leur confère une certaine expérience en la matière.

La charte de fonctionnement du CSNP précise que les enfants pris en charge bénéficient d'un accueil de soins comprenant l'accès à la radiologie conventionnelle, à l'imagerie par résonance magnétique, au scanographe et à la biologie médicale d'une filière en aval en cas de besoin. Les locaux du CSNP jouxtent une maison médicale dévolue à l'adulte comprenant un accueil et des consultations sans rendez-vous assurés par des médecins généralistes libéraux de patients adultes ouvert 7 jours sur 7 de 9H00 à 19H00.

Il ressort du rapport d'évaluation que le CSNP assure principalement des prises en charge relevant d'actes de CCMU 1 et 2 avec une part importante de traumatologie⁷⁹. L'activité de traumatologie et chirurgie réalisée dans le CSNP est plurielle sur la base des diagnostics retenus (fractures, plaies, traumatismes crâniens, entorses, etc.).

Le rapport rappelle la nécessité de faciliter l'accès à un plateau technique d'imagerie et de biologie qui facilite la prise en charge des urgences traumatologiques et des pathologies médicales relevant d'actes de CCMU 2 ou 3 (pneumopathies, pyélonéphrites etc.). Ces prises en charges sont moins évidentes en MMG en l'absence de plateau technique à disposition rapide.

L'établissement s'est engagé dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens à suivre son activité via un certain nombre d'indicateurs et à le communiquer à l'ARS. Le CSNP communique chaque année le bilan d'activité à l'agence. L'ouverture du centre date du mois d'octobre 2013. L'évaluation porte alors sur les années 2014, 2015 et 2016. La montée en charge a été rapide avec plus de **700 passages par mois dès les premiers mois d'activité. La progression s'est poursuivie en**

⁷⁷ Données SAE 2016

⁷⁸ ARS ARA, Délégation départementale du Rhône, « Rapport d'évaluation du centre de soins non programmés de la clinique du Val d'Ouest », juin 2017

⁷⁹ ARS ARA, Délégation départementale du Rhône, « Rapport d'évaluation du centre de soins non programmés de la clinique du Val d'Ouest », juin 2017

2014 avec la prise en charge de 10 846 patients jusqu'à atteindre 13 530 passages en 2015. Cette augmentation est la résultante d'un renfort médical certains jours de la semaine cette année là de 16H00 à 22H00 et le week-end de 13H00 à 22H00 avec la présence de deux médecins au lieu d'un. En 2016, l'activité décline de 6.86% soit un total de 12 606 patients car le renfort médical n'a pu être reconduit en 2016 faute semble-t-il de disponibilité médicale. **Le rapport d'évaluation souligne que l'activité correspond à la cible des 12 000 passages prévus lors de la contractualisation du CSNP.**

Il ressort que l'origine géographique de la patientèle a peu évolué depuis la création de la structure. Elle provient majoritairement de l'Ouest lyonnais. **Le CSNP répond alors, pour l'essentiel, à un besoin de proximité.** Le rapport d'évaluation souligne que le CSNP joue un rôle attractif pour les enfants de l'ouest lyonnais avec **un flux de patients de l'ouest lyonnais sur l'HFME relativement faible.** Ceci paraît attester de l'impact du CSNP sur l'activité de l'HFME pour la patientèle de l'ouest lyonnais.

La structure répond globalement aux attendus d'un CSNP. Le centre est ouvert 7 jours sur 7 sur une amplitude horaire de 14H00. Il offre une prise en charge d'actes de CCMU 1 et 2 avec une part notable de petite traumatologie avec un service essentiellement de proximité. Enfin, le centre concentre des médecins généralistes libéraux et salariés. Ceci permet de maintenir les pédiatres dans les services d'urgences réelles pour les recentrer sur des missions en adéquation avec leur compétence. Ils doivent assurer des consultations d'actes de CCMU 3 à 5. Enfin, **le CSNP respecte l'engagement donné à l'ARS en proposant uniquement des consultations au tarif conventionné de secteur 1.** De la même façon, les tarifs de secteur 1 sont appliqués dans l'utilisation du plateau technique.

D'autres réflexions animent la structuration de l'offre de soins ambulatoire au travers des maisons et centres de santé pluriprofessionnels par la promotion de structures qui seraient équipées d'un petit plateau technique en capacité de recevoir des petites urgences et plus de soins non programmés. Certaines difficultés d'accès aux soins dans les territoires éloignés, ruraux ou semi-ruraux pourraient trouver là une réponse adaptée aux besoins de la population.

II.2.3 Une offre de soins de proximité renforcée par les maisons et centres de santé

Les maisons de santé comptent parmi les dispositifs qui participent à la continuité des soins dans les zones rurales. Une maison de santé est une personne morale assurant des activités de soins

sans hébergement de premier recours⁸⁰. **Ce sont 1000 MSP qui devraient être fonctionnelles sur le territoire en 2017⁸¹.**

L'ARS subventionne certaines de ces structures qui doivent répondre à un cahier des charges nécessitant la présence d'au moins deux médecins et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Le projet doit répondre à un diagnostic santé/territoire et à des conditions d'organisation et de fonctionnement qui forment un projet de santé pour la population concernée⁸². Les cahiers des charges des MSP mentionnent l'obligation de réserver des plages horaires non programmées.

Le mode d'exercice regroupé de ces structures facilite l'organisation des soins non programmés. Le mode d'exercice pluriprofessionnel améliore la prise en charge de la patientèle. Pour exemple, les professionnels de santé au sein de la maison de santé de « Joyeuse » située dans le département de l'Ardèche, offre une organisation des soins non programmés de manière efficace. **Au sein de la MSP chacun des professionnels de santé réserve une journée complète attribuée exclusivement aux soins non programmés.** Par exemple, le médecin X le lundi, le médecin Y le mardi etc. Cette organisation offre une prise en charge des soins non programmés au sein de la structure en continu. Les membres du CNOM montrent invariablement l'effritement de la participation des médecins à la permanence des soins. Le CNOM souligne l'érosion du volontariat depuis 2002 et un système qui s'épuise. Par ailleurs, un tel dispositif facilite la restructuration de l'offre de soins de premier recours en zone rurale. Ces zones sont marquées par une baisse de la démographie médicale. Les médecins généralistes peinent à participer à la permanence des soins par manque de disponibilité.

Enfin, ces structures disposent d'un système d'information qui contribue à une meilleure qualité de prise en charge de la patientèle. La maison de santé est le lieu de référence qui facilite l'accès et la circulation des informations.⁸³ Le système d'information commun entre les professionnels permet à chacun d'assurer le suivi des prises en charge de la patientèle qui consultent au sein de la structure. Cela garantit une sécurité de la prise en charge. L'historique de chaque prise en charge est enregistré et donc les professionnels peuvent s'informer de l'état antérieur du patient par le biais d'une base de données commune. Le suivi du patient est alors simplifié.

⁸⁰Article L. 6323-3 du Code de santé publique, Légifrance

⁸¹Gouvernement français, « *La lutte contre les déserts médicaux* », <http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux>

⁸²DGOS, « *Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier* », http://www.apmsl-paysdelaloire.com, Annexe1_Cahier_des_chargesnationalMSP.pdf

⁸³AUTÈS M., DUFAY M-G., « *Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager* », *Santé Publique*, hs1/2009 (Vol. 21), p. 17-25

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient⁸⁴.

La gestion d'un centre de santé par un établissement de santé facilite la coordination entre le médecin traitant exerçant dans le centre et les différents médecins et chirurgiens spécialistes intervenant au centre et établissement de santé. **Cette coordination entre professionnels de santé permet de fluidifier le parcours de soins du patient.** De même les centres de santé qui dispensent des consultations de médecine générale sans rendez-vous avec un accès à un diagnostic rapide en imagerie conventionnelle, représentent un atout pour les territoires de proximité éloignés des services d'accueil des urgences d'un établissement de santé. L'activité de médecine générale non programmée des centres de santé de l'hôpital Houdan situé dans les Yvelines en Île-de-France et le service de consultations externes de l'hôpital nord dans les Hauts-de-Seine permettait à ces établissements de réaliser en 2014⁸⁵ :

- 11 127 consultations non programmées sur un total de 46 904 consultations (radiologie incluse) au centre de santé de l'hôpital d'Houdan soit 24% de l'activité du centre
- 20 793 consultations non programmés sur un total de 27 981 consultations externes (radiologie incluse) de l'hôpital Nord, soit 74%

Certaines prises en charge relèvent de la médecine générale avec peu ou pas d'actes techniques associés. Le centre de santé peut remédier à cette problématique en répondant en partie aux surcharges des urgences pendant les horaires de continuité des soins⁸⁶.

L'ARS pourrait donc s'adresser à d'autres structures que les services d'urgences hospitaliers, à l'instar des maisons ou centres de santé, qui pourraient à l'avenir ambitionner de développer une activité de soins non programmés. Proposer ce type de structures permettrait d'une part de valoriser les soins de premier recours et les soignants et d'autre part de réduire le temps d'accès aux urgences hospitalières. Ceci en régulant les flux de patients afin de ne pas saturer les services hospitaliers par des patients relevant de la petite « urgence »⁸⁷. Par ailleurs, les dispositifs de régulation et d'effectif doivent nécessairement être encadrés afin d'assurer leur pérennité.

⁸⁴ Article L.6323-1 du Code de la santé publique

⁸⁵ Rapport ARS Île-de-France, « Étude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé », décembre 2016

⁸⁶ Ibid

⁸⁷ Cabinet Acsantis, « *Etude de modélisation de structures de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge de petites urgences* », Mars 2015

II.3 Un encadrement indispensable des dispositifs à la fois de régulation et d'effectif

Les dispositifs de régulation et d'effectif présentent certaines limites qui doivent être prises en considération. Dans un premier temps, il a été admis que le numéro unique de régulation médicale permettra d'orienter les patients vers les dispositifs les plus adéquats. Par ailleurs, les médecins régulateurs assureront les gardes seulement pendant les heures de PDSA autrement dit seulement les soirs et week-ends. Or le dispositif favorisera une meilleure régulation des flux seulement s'il est effectif en journée également. Il doit ainsi être renforcé (II.3.1).

Concernant les dispositifs d'effectif, les CSNP ne sont pas nombreux dans la mesure où ils ne disposent pas de cadre réglementaire clairement défini (II.3.2). De plus, un système d'information fiable est nécessaire afin d'assurer la viabilité des dispositifs dans le cadre de leurs évaluations (II.3.3). Enfin, l'ARS doit veiller à surveiller l'activité des professionnels de santé qui doivent occasionnellement assurer des astreintes dans le cadre de la permanence des soins mais ces astreintes ne doivent pas constituer l'intégralité de leur activité. Il en va de même pour la population qui doit assimiler le rôle des dispositifs en tant que procédé complémentaire au médecin généraliste. Ce dernier doit maintenir son rôle de médecin traitant (II.3.3).

II.3.1 Les potentielles faiblesses de la régulation médicale par le 116 117 : un dispositif à renforcer

Le Dr Jean-Yves Grall rappelle que le pilotage opérationnel du réseau repose sur la régulation médicale centre 15 et le numéro unique 116 117 généraliste libéral à venir.

Le bon fonctionnement et la bonne orientation des usagers au sein du réseau dépendent d'une régulation médicale adaptée, et notamment **une régulation de médecine générale au mieux 24h/24, dont il faut faire la promotion en journée**, aux heures ouvrables et pas seulement en période de permanence des soins⁸⁸. Cette proposition du Dr J-Y Grall n'est pas prévue pour le moment. En effet, lors des réunions de concertation avec la DGOS sur l'instauration du 116 117 il a été acté que la permanence des soins au sein de la régulation médicale se fera uniquement pendant les horaires de PDSA.

Les membres de la DGOS ont précisé qu'en dehors des horaires de la PDSA, un répondeur sera déclenché lors des appels du 116 117 qui informera sur la nécessité de contacter directement leur

⁸⁸ GRALL JY, « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences " Partie 2 "urgences: adapter la stratégie de prise en charge au niveau des territoires. De la demande de soins non programmés à l'urgence réelle », juillet 2015, p 14

médecin traitant ou le centre 15 si l'appel constitue une urgence nécessitant une régulation et/ou un conseil médical au préalable.

Au regard de ces éléments le déploiement du 116 117 ne répond que très partiellement au besoin de la population. En effet, comme il a été précédemment démontré, **les dispositifs d'effecton doivent garantir une permanence des soins en journée puisque les urgences sont surchargées sur cette période principalement.** Ce faisant, si la régulation médicale n'est pas renforcée durant ces horaires là, afin d'orienter les patients auprès des dispositifs adéquats, alors les patients se dirigeront par défaut dans les services d'accueil des urgences. Or la régulation médicale est le dispositif pivot qui doit gérer le flux populationnel efficacement. La difficulté est telle que la régulation médicale risque de ne pas garantir une bonne orientation populationnelle par manque de personnel même si le dispositif est conçu de façon efficace.

Il faut toutefois noter que, les ressources financières nécessaires devant être déployées ne sont pas négligeables. En effet, le coût que représente la garde d'un médecin régulateur est élevé. De plus, il est difficile de trouver du personnel médical disponible en journée puisque les médecins régulateurs exercent au sein de leur propre cabinet durant ces horaires là.

Le dispositif de régulation médicale dépend par ailleurs d'autres facteurs tel que la viabilité des dispositifs d'effecton. Ils doivent être encadrés par les ARS afin d'assurer leurs efficacité.

II.3.2 Les CSNP nécessitent un réel statut juridique pour garantir la réussite du dispositif

En l'absence de cadre juridique identifié, l'ARS ARA a souhaité suspendre le déploiement des CSNP sur la région dans l'attente de nouvelles directives ministérielles. Comme il a été précisé ce sont des dispositifs innovants déployés à titre expérimental. **Une sécurité juridique est indispensable afin d'assurer un meilleur contrôle par les ARS** qui pourront ensuite déployer d'autres structures similaires sur les différents territoires dont ils ont la charge. De plus, cela garantirait aux ARS, et plus largement au ministère, une meilleure légitimité dans leur action, notamment pour les évaluations médico-économiques.

Il convient de noter qu'en l'absence de cadre juridique les principaux attendus d'un CSNP (*exemple du CSNP du Val d'Ouest*) par l'ARS ARA sont les suivants⁸⁹ :

- l'offre de soins offerte doit répondre aux attendus d'un CSNP en termes d'organisation et de réponse faite aux patients (essentiellement la réalisation d'actes relevant de la médecine de premier recours des horaires d'ouvertures entre 8H00 et 22H00 et une permanence réalisée par des médecins généralistes et non par des médecins urgentistes)
- la structure doit respecter les engagements qui lui étaient opposables et listés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARS
- l'organisation mise en œuvre sur la structure doit être de nature à assurer la sécurité des soins des patients pris en charge
- la place de la structure doit s'inscrire dans le maillage territorial en terme d'urgences et plus particulièrement, elle doit déterminer si la mise en œuvre de cette structure supplémentaire a permis un désengorgement des urgences (essentiellement le SAU de l'HFME pour le CSNP du Val d'Ouest).

De plus, un encadrement normatif permet aux professionnels de s'investir dans ces structures en toute sécurité. Le déploiement d'un dispositif non reconnue juridiquement ne peut garantir une réelle stabilité aux professionnels. De plus, ils exercent parfois une activité que partielle au sein de leur propre cabinet et nécessitent donc de sécuriser leur situation s'ils décident d'exercer dans un centre. **Pour assurer la viabilité de tels dispositifs il convient d'impliquer d'avantage les professionnels dans le fonctionnement de la structure dans laquelle ils exercent.** Cela ne peut être réellement assuré qu'avec une reconnaissance juridique. En l'absence d'encadrement, **les professionnels ne trouvent pas de modèle concret qui leur permettrait de s'investir pleinement au sein d'un CSNP.**

De plus, le manque de « cadrage » du dispositif pose de nombreuses difficultés de lisibilité par la régulation médicale.

Pour exemple, dans le CSNP du Val d'Ouest, les enfants accueillis et pris en charge ne font pas l'objet d'une régulation préalable par le Centre 15. Au vu des entretiens menés lors de l'évaluation par la délégation départementale du Rhône, des tentatives de travail partenarial entre le CRRA et le CSNP auraient été menées au début de la mise en œuvre de la structure. Par ailleurs, elles n'ont pas abouti à un résultat probant. Les praticiens pointaient l'orientation via le Centre 15 d'enfants vers le centre qui dépassaient les limites de compétence de la structure. En effet, les patients présentaient notamment un risque vital. Selon les personnes interrogées cela serait dû par **méconnaissance des limites de prises en charge du CSNP qui serait assimilés par certains régulateurs à une structure d'urgence**

⁸⁹ ARS ARA, Délégation départementale du Rhône, « *Rapport d'évaluation du centre de soins non programmés de la clinique du Val d'Ouest* », juin 2017

classique. Le rapport d'évaluation précise toutefois que cette donnée est à relativiser. La part des enfants qui nécessitent un transfert dans un service d'accueil des urgences est relativement faible au regard de la file active du CSNP. Elle reste stable depuis 3 ans avec 150 enfants en 2015 soit 1.10% de la file active et 115 en 2016 soit 0.9%.

Par ailleurs, le rapport⁹⁰ souligne que l'autorégulation de l'activité par la structure elle-même et non par le centre 15 n'apparaît pas satisfaisante notamment parce qu'elle ne favorise pas l'inscription de la structure en tant que CSNP dans le maillage territorial ni l'orientation prioritaire vers cette structure des CCMU 1 et 2 lors de périodes de fortes tensions de l'HFME.

Ce faisant, le risque principal causé par le manque de lisibilité du dispositif par la régulation assure une orientation de profils cliniques CCMU 4 et 5 sur le CSNP en lieu et place d'un service d'urgences classique. Le risque étant d'entraîner une perte de chance pour les enfants concernés.

Enfin, la fragilité du dispositif peut également créer des dérives par les différents acteurs concernés tels que l'ARS, la municipalité, les professionnels de santé etc. Malgré leur objectif commun, à savoir garantir l'accès aux soins pour tous et assurer une offre de soins de qualité ; ils ne parviennent pas toujours à coopérer. Selon Michel Chauvière,⁹¹ si le partenariat présente l'avantage de « permettre le dialogue, une économie de moyen et une mutualisation des ressources, il s'avérerait parfois être un marché de dupes dont les fonctionnements concrets de plus en plus sophistiqués tendent à échapper au contrôle des acteurs »⁶⁸.

Il ressort des conflits entre les parties prenantes notamment lors du déploiement du CSNP qui a été créé dans le département de la Savoie. Le centre s'est substitué au SAU du Centre hospitalier de Moutiers dont l'activité relève essentiellement de la médecine de premier recours. Le déploiement du dispositif est actuellement perçu comme un échec dans la mesure où le centre est ouvert 24h/24. Ce faisant, l'offre est nettement supérieure à la demande. Le dispositif génère un coût considérable puisqu'il ne correspond pas au besoin de la population. L'ARS ARA dispose d'une légitimité relative causée par le manque de textes juridiques définissant les CSNP. Ainsi, la marge de manœuvre exercée par l'ARS est limitée notamment par les pressions politiques. Il en va de même pour le CNSP de Cluses dans le département de la Haute-Savoie. Ce sont des urgentistes qui exercent au sein du centre en réalisant des actes de premier recours. Ceci contrevient à l'essence même du dispositif qui a été pensé par les institutions pour préserver les urgentistes du fait de la raréfaction de la profession. **La permanence doit être assurée par des médecins généralistes au sein de ces centres. Le cas échéant, le dispositif est de fait non efficient**

⁹⁰ Ibid

⁹¹ CHAUVIERE M., « *Partenariat* », Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, Paris, Bayard Centurion, 2006, p 410-412

Une reconnaissance juridique des centres de consultations non programmés est donc nécessaire pour octroyer plus de légitimité aux ARS. Mais également, inciter les médecins généralistes à intégrer ces dispositifs et permettre aux ARS de déployer plus de structures sur le territoire. Cela pourrait considérablement améliorer l'efficacité des dispositifs en leur permettant une meilleure lisibilité et attractivité. La viabilité de chaque structure est également dépendante d'un système d'information fiable.

II.3.3 Un système d'information indispensable à l'évaluation médico-économique des dispositifs

Le Dr Pierre De Hass ⁹² lors d'une conférence au sein de l'ARS a insisté sur l'importance du Système d'Information⁹³. Il ressort de son témoignage qu'en termes d'informatisation la France a 20 ans de retard.

Le système d'information fait partie intégrante de la « matrice de maturité »⁹⁴. La Haute autorité de santé a finalisé en 2014 un « référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires » appelée « matrice de maturité en soins primaires ». L'outil vise à aider les professionnels qui travaillent ensemble à progresser dans leurs services rendus aux patients et à organiser leurs échanges. Cette matrice s'intéresse à quatre axes :

- le projet de santé et l'accès aux soins
- l'implication des patients
- le travail en équipe pluriprofessionnelle
- le système d'information

Le SI est perçu comme un levier au service de la qualité et de la sécurité des soins. Il garantit une meilleure structuration des informations médicales et une aide essentielle à l'organisation de la structure et à la mutualisation des ressources.

En l'absence de système d'information, il est difficile d'extraire les données d'activité qui sont indispensables afin de mesurer l'efficacité de chaque dispositif. L'ARS ARA est confrontée à cette difficulté pour certaines structures, notamment les maisons médicales de gardes qui ne sont pas encore toutes dotées d'un SI.

⁹² Dr DE HASS P., « *L'offre de soins en question. Les maisons médicales : retour d'expérience et incidence sur l'offre de soins* », conférence au sein de l'ARS ARA, Fédération française des maisons et pôles de santé, 24 mars 2017, Lyon

⁹³ SI : Système d'Information

⁹⁴ REVEL N., « *Equipes de soins primaires : pour mieux soigner les maux* », labellisation des logiciels partagés, ésop, la revue des équipes de soins primaires, Trimestriel, Juin 2016

Une modélisation financière des MMG est en cours au sein de la DOS au service premier recours. Elle doit recenser les données d'activités des différentes MMG qui permettront à termes de mesurer l'efficacité de chaque dispositif dans la région ARA. Cette modélisation des dispositifs doit également vérifier si le déploiement des dispositifs répond au besoin de la population en termes de « petites urgences ». D'une manière générale, **il ressort que certains bilans d'activité ne sont transmis que partiellement, ceci est la résultante du manque de SI fiable**. Par conséquent, les rapports d'activités ne peuvent être analysés de façon pérenne et complète.

Il convient d'ajouter que les différents acteurs impliqués dans la structuration des dispositifs renforcent la difficulté de gestion de ces structures non dotées de SI. En effet, ce sont les caisses nationales d'assurance maladie qui ont pour rôle de rémunérer les professionnels investis dans la permanence des soins par le biais de « dépenses de guichet ». L'ARS doit quant à elle financer l'assurance maladie qui reverse les fonds aux professionnels de santé. Ce faisant, l'ARS n'a pas de lien direct avec les professionnels actifs au sein des différentes structures de premier recours. Ceci crée alors une difficulté supplémentaire notamment pour le contrôle du fonctionnement du dispositif. L'ARS ne dispose en théorie que des données d'activité afin de comptabiliser « la file active » au sein de chaque structure.

II.3.4 Une surveillance indispensable par les ARS pour éviter quelques effets pervers des dispositifs mis en place

II.3.4.1 Les potentielles dérives par les professionnels de santé « mercenaires du non programmé »

L'expression « mercenaires du non programmé » est employée de manière informelle pour désigner **les professionnels de santé qui exercent leur activité professionnelle exclusivement en période de PDSA (les soirs et week-end). Ces médecins disposent de cabinets médicaux mais ne réalisent pas de consultations en journée.**

La région fait de plus en plus le constat que certains professionnels de santé assurent des consultations uniquement pendant les horaires de PDSA. Ils facturent les consultations à l'assurance maladie en prenant en considération les majorations prévues dans le cadre des gardes médicales. Cette pratique leur permet d'exercer une activité partielle en leur assurant une aisance financière non négligeable. L'effet pervers d'une telle pratique est que cela désorganise les gardes des médecins sur le territoire.

L'ARS doit alors veiller à encadrer ce type d'exercice qui désorganise la structuration du territoire.

De plus, cette pratique renforce le manque d'implication des médecins qui n'auront pas été habitués à participer à la PDSA. Ainsi, les professionnels exerçant exclusivement en période de PDSA et qui décident de quitter le territoire dans lequel ils sont implantés, créent une désorganisation de l'offre de soins non programmés.

Enfin, certains professionnels qui exercent en zone rurale assurent la permanence des soins notamment pour combler le manque d'activité journalier. Les « mercenaires du non programmés » empêchent certains professionnels de réaliser des gardes. Il faut savoir que la rémunération des médecins aux horaires de PDSA est attractive en partie pour permettre aux professionnels de s'investir suffisamment et d'assurer la viabilité de leur cabinet. Cela permet également à ces médecins de rester implantés dans des territoires ruraux.

Les professionnels doivent donc être sensibilisés sur cette pratique qui désorganise les gardes en période de PDSA. De plus, les patients doivent également être sensibilisés sur le bon usage des dispositifs de premier recours.

II.3.4.2 Une nécessaire sensibilisation de la population sur le bon usage des dispositifs d'effection en complément du médecin traitant

Les dispositifs d'effection garantissent une meilleure accessibilité aux soins à la population pour les « petites urgences ». Ils ont été déployés pour répondre à un besoin précis. Par ailleurs, cette offre doit être encadrée. **Les usagers doivent se diriger auprès de ces dispositifs uniquement pour des « petites urgences ».** En effet, **les dispositifs de premier recours n'ont pas vocation à se substituer aux cabinets des médecins traitants qui ont un rôle déterminant quant au suivi du patient.** Les usagers doivent garder à l'esprit que ces dispositifs viennent en complément du médecin traitant mais ils n'ont pas vocation à se substituer à ce dernier.

« Un cercle vertueux pris dans le mauvais sens peut devenir un cercle vicieux ». Une utilisation des dispositifs d'effection en lieu et place du médecin traitant impacte sur la qualité et la sécurité des soins. Cela s'applique notamment pour les patients atteints d'une affection longue durée souffrant d'une maladie chronique. En effet, dans le cadre du suivi des maladies chroniques l'état général du patient est substantiel afin de poser un diagnostic. Le médecin doit avoir en sa possession le dossier médical complet du patient. Un médecin généraliste a témoigné en ce sens disant qu'il « connaît les humeurs de son patient et sait quand est-ce qu'il va bien en fonction de l'expression de son visage en entrant dans son cabinet ».

III/ Les préconisations qui favoriseraient un désengorgement significatif des services d'accueil des urgences

Il a été admis que les dispositifs tant de régulation et d'effectif nécessitent d'être encadrés afin de concourir à une diminution des services d'accueil des urgences. Par ailleurs, ils peuvent concourir seulement à une diminution du flux des patients dans ces services. Un désengorgement des SAU dépend de plusieurs autres critères non négligeables.

Il est tout d'abord nécessaire de réformer le mode de financement des services d'accueil des urgences afin de limiter une « course à l'activité » qui permettrait de limiter la prise en charge des soins primaires au sein de l'hôpital (III.1). Il faudrait également inciter les deux secteurs « ville-hôpital » à se coordonner afin de simplifier le parcours de soins des patients. Cette coordination inciterait les acteurs des deux secteurs à coopérer dans le cadre de leur activité en se consacrant respectivement à leur cœur de métier (III.2). Enfin, la population détient un rôle phare. Une population bien éduquée, avertie et sensible au bon fonctionnement de notre système de santé contribuerait à le préserver (III.3).

III.1. Une nécessité de réformer le mode de financement des services d'accueil des urgences

Une réforme est nécessaire afin de modifier le mode de fonctionnement des SAU. Il conviendrait d'inciter les établissements de réaliser des actes qui relèvent exclusivement de la médecine d'urgence (III.1.1). Par ailleurs, la notion d'urgences n'a pas été définie par la loi. Il s'agit d'une faille importante dans la mesure où il est obligatoire pour un médecin urgentiste d'ausculter un patient qui se présente aux urgences. Il conviendrait de borner ce qui relève de l'urgence et ce qui relève de la médecine de premier recours (III.1.2).

III.1.1 Une réforme financière incitant les centres hospitaliers à accomplir de « réelles urgences »

Les services des urgences ont cherché à faire évoluer leur organisation pour mieux y répondre, dans **un cadre financier inchangé qui contrarie toujours la recherche d'une plus grande efficacité**⁹⁵.

⁹⁵ Cour des comptes, « *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser* », Chapitre XII, Sécurité sociale 2014, Septembre 2014

Le constat actuel des données de la statistique annuelle des établissements (SAE), de l'année 2016, démontre que les services d'accueil des urgences comptent une grande majorité d'actes de CCMU 1 et CCMU 2. Pour exemple, au sein de la métropole de Lyon⁹⁶ l'Hôpital Femme-Mère-Enfant compte 99% d'actes de CCMU 1 et 2 dans son SAU. 95% des actes réalisés dans le SAU du centre hospitalier Saint Joseph Saint Luc sont classés CCMU 1 et 2 ; 94% pour la clinique du Grand-Large etc.

Il conviendrait de revenir sur la nature du financement des SAU afin d'assimiler dans quelle mesure les établissements hospitaliers prennent en charge autant d'actes qui ne relèvent pas des « réelles urgences » et qui devraient être assurés par la médecine de premier recours. Cette interrogation est substantielle puisque les services d'accueil des urgences sont surchargés. Ceci entraîne indéniablement une baisse de la qualité de la prise en charge de la patientèle. En effet, un délai d'attente trop long, malgré le système de tri à l'entrée des patients dans les SAU, entraîne potentiellement une perte de chance pour ces derniers.

La législation actuelle à travers le système de financement des SAU incite les établissements hospitaliers à assurer des actes qui relèvent de la médecine de premier recours. La législation garantit aux établissements une tarification à l'activité (T2A)⁹⁷. **La T2A contient de nombreux effets pervers qui conduisent à une « course à l'activité » qui cause l'engorgement des SAU.**

Le principal support de recueil d'information est constitué par les « résumés de passages aux urgences » (RPU) qui comptabilisent le nombre d'entrées aux urgences. Il s'agit d'un dispositif tarifaire qui incite la multiplication des actes car plus il y a d'actes plus l'établissement bénéficiera de subventions importantes.

La Cour des comptes dans un rapport en date de 2007 évoque les effets pervers de la tarification à l'activité concernant les SAU. **« Il s'agit d'un modèle de financement fondé sur l'activité qui comporte un risque d'incitation au développement de celle-ci ».**⁹⁸

Le ministère en charge de la santé a confié, en 2016, au Docteur Olivier Véran, la mission de **proposer une évolution des modes de financement des établissements de santé**⁹⁹. Le rapport Véran propose de revoir le financement des urgences. Le rapporteur souhaite faire évoluer le financement des urgences en développant les liens avec des centres de soins non programmés qui pourraient, entre autres, être chargés du tri des patients, notamment dans les territoires isolés.

⁹⁶ Annexe 5, données SAE 2016 des Résumés de Passages aux Urgences, exemple des établissements de la Métropole de Lyon

⁹⁷ T2A loi instaurée en 2004

⁹⁸ Rapport Cour des comptes, « les urgences médicales : constats et évolutions récentes », JLAR, 1^{er} février 2007

⁹⁹ Dr VERAN O., « L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur », Rapport, 20 janvier 2016

Il évoque également plusieurs pistes de réformes pouvant potentiellement corriger les effets « pervers » de la tarification à l'activité. La création pour les Urgences d'un « **forfait de réorientation suffisamment attractif** » destiné à les inciter à adresser les patients sans critères de gravité vers les structures ambulatoires. Ces patients seraient pris en charge par des structures publiques, privées ou mixtes, qui s'engageraient à effectuer des soins à « tarif opposable et sans avance des frais ». Le rapporteur précise qu'aujourd'hui les hôpitaux ne sont pas incités à le faire. En effet, moins ils réalisent d'actes plus ils perdent de l'argent. Cette réorientation serait assurée par un Infirmier d'Accueil d'Orientation (IAO). Il détient un rôle crucial dans la prise en charge des patients aux urgences. Un guide pratique a été établi à l'intention des infirmiers qui souhaitent exercer cette profession¹⁰⁰. Le rôle de l'IAO est d'autant plus important que l'affluence aux urgences est importante. Le guide reprend les protocoles nécessaires et communique le message suivant avec la nécessité « d'informer, de prioriser, de rassurer, d'enquêter, de soulager et de sénioriser¹⁰¹»¹⁰².

Il faudrait en outre, selon le rapporteur « désinciter » les établissements de santé à prendre en charge les patients dont l'état de santé est jugé stable et ne nécessite pas d'actes complémentaire de diagnostic ou thérapeutique (angine, plaie, suture, otite...) dès lors qu'une offre structurée existe en ambulatoire. Par ailleurs, sans modification du système de financement des SAU, le transfert partiel d'activité des services d'accueil des urgences vers un ou plusieurs centres de santé n'est guère attractif financièrement pour les établissements de santé qui peuvent constater à terme une baisse des revenus en Accueil et Traitement des Urgences consécutivement à une baisse de fréquentation¹⁰³.

Il conviendrait de réformer le mode de financement des SAU afin de favoriser une régulation à l'intérieur de l'hôpital pour réorienter les patients vers la médecine de premier recours. Cette réforme pourrait désinciter les établissements à reprendre des actes de premier recours en allouant des subventions moindre pour les actes de « bobologies » et à contrario en augmentant les subventions dès lors que les actes relèvent de la médecine d'urgence. Par ailleurs, il conviendrait de **prendre en considération l'évaluation des actes selon la classification clinique des malades aux urgences** qui a déjà été **remise en cause**. Il ressort que **selon cette classification la gravité des pathologies prises en charge par les urgences est biaisée dans la mesure où le diagnostic est porté à l'issue du passage aux urgences du patient et non à l'entrée de ces services**. Ainsi, le médecin urgentiste peut potentiellement réaliser une multitude d'examen cliniques sur un patient dans le doute de détecter une

¹⁰⁰ LOUAUT S., Dr ALLO J-C, Groupe de travail IAO SAU Cochin, « *Petit guide pratique d'aide au tri IAO* », Urgences-online campus numérique de médecine d'urgences, 26 décembre 2007

¹⁰¹ Responsabiliser le sénior des Box en cas d'incertitude

¹⁰² IPRESS

¹⁰³ Rapport ARS Île-de-France, « *Étude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé* », décembre 2016

maladie grave et obtenir à l'issu un résultat positif. L'acte sera à l'issu de l'examen classé en fonction du résultat de l'examen et non en fonction de l'état du patient lors de son entrée dans l'établissement.

Il convient donc de relativiser les données relevant des CCMU afin d'obtenir un mode de financement plus proche de la réalité.

Enfin, dans le cadre de cette réflexion, j'ai sollicité la responsable de service « direction de l'offre de soins, campagne budgétaire et offre de soins » Mme Florence Brossat¹⁰⁴, et le gestionnaire du service « direction du pilotage, de la stratégie et des parcours » M. Bruno Ferroud-Plattet¹⁰⁵. Lors des entretiens, j'ai pu assimiler les différents modes de financements des SAU.

Il convient de se demander, si le système de dotation globale qui a précédé la tarification à l'activité conviendrait mieux au fonctionnement des SAU ?

Il ressort des entretiens qu'un comparatif entre la dotation globale et la T2A ne peut être effectué afin de déterminer si le mode de financement de la dotation globale permet de ralentir l'activité des SAU. M. Ferroud-Plattet soutient que le comparatif ne peut être pertinent dans la mesure où « il n'est pas possible de comparer avec la dotation globale car le contexte n'est pas le même, les référentiels ne sont pas les mêmes. Auparavant, il y avait plus de médecins que de patients. Par ailleurs, aujourd'hui ce n'est plus le cas, il y a une baisse de la démographie médicale et en plus un vieillissement de la population. Donc certes le taux de passage aux urgences a explosé et a augmenté sûrement de 30% environ depuis une 15^{ème} d'année mais ce n'est pas comparable ». Ainsi, **la tarification à l'activité peut être maintenue mais en prenant en considération des critères incitant les établissements à se décharger des soins primaires**. Il faut toutefois préciser qu'une telle réforme nécessite une définition précise de la notion de « réelles urgences » afin de dissocier ce qui relève de l'urgence et ce qui relève de la médecine de premier recours.

III.1.2. Une définition explicite des « urgences » à clarifier par la loi

La loi mentionne l'urgence mais n'en donne aucune définition. L'urgence médicale, chirurgicale ou psychiatrique pourrait être définie comme étant « toute symptomatologie, dont le diagnostic et surtout le traitement, voire l'orientation ne peuvent être différés »¹⁰⁶. L'urgence peut également être définie comme étant « toute circonstance qui par sa survenue ou sa découverte introduit ou laisse

¹⁰⁴ Entretien semi-directif de Mme BROSSAT F., Responsable du service « direction du pilotage, de la stratégie et des parcours », 25 juillet 2017, durée - une demi-heure

¹⁰⁵ Entretien semi-directif de M. FERROUD-PLATTET B., Gestionnaire du service « direction du pilotage, de la stratégie et des parcours », 25 juillet 2017, durée – une demi-heure

¹⁰⁶ KIERZEK G., POURRIAT J.L., « Refus de soins en situation d'urgence », urgences 2009, chapitre 44

supposer un risque fonctionnel ou vital, si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement »¹⁰⁷.

Il ressort que la notion d'urgence est interprétée de façon large. Cette ambiguïté renforce l'amalgame entre ce qui relève des urgences et ce qui relève des petites urgences. Le Dr De Haas a précisé que les politiques doivent avoir le courage de définir la notion d'urgence afin de borner le périmètre des urgences. Un éclairage par la loi permettrait une meilleure qualité de la prise en charge des réelles urgences. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, chaque patient qui se présente aux urgences doit être ausculté par un médecin urgentiste et ce même si son état ne relève pas d'une « urgence réelle ». **En effet, la législation actuelle oblige les urgentistes à prendre en charge tout patient qui se présente aux urgences.** Ce faisant, même si l'acte ne relève pas d'une « réelle urgence » le patient doit être vu par un médecin urgentiste. Le cas échéant, cela serait considéré comme étant un refus de soin. Une définition juridique permettrait alors de fixer le cadre avec ce qui relève de l'urgence et ce qui relève des soins non programmés. Ceci devrait permettre aux urgentistes de refuser légalement la prise en charge de certains patients qui se présentent pour des actes non urgents.

De plus, la surcharge des SAU crée un climat délétère au sein de ces services. **La fréquentation des SAU en progression continue met sous tensions persistantes les organisations et les équipes hospitalières en dépit des mesures de renforcement et de soutien successivement décidées par les pouvoirs publics**¹⁰⁸.

Il ressort une réelle dichotomie entre la prise en charge des urgences réelles et les autres demandes de soins non programmés qui présentent une des causes du « malaise » des médecins urgentistes. Les professionnels s'épuisent rapidement du fait de la demande importante. La qualité de la prise en charge reste discutable dans la mesure où parfois le délai d'attente est souvent long. Ceci conduit potentiellement certains patients ou proches à se montrer violent envers le personnel de l'établissement.

Enfin, les situations de tensions hospitalières et de violences ont pour conséquence directe, des difficultés de recrutement des professionnels de santé dans ces mêmes services. Agnès Buzyn, actuelle ministre de la santé, a estimé que **l'attractivité du métier d'urgentiste imposait de lutter efficacement contre les incivilités et les violences physiques.** Elle a ajouté qu'il était de sa responsabilité de reconnaître cette pénibilité et de définir les axes d'amélioration possibles en matière

¹⁰⁷ Définition mentionnée dans le règlement intérieur d'un CSNP au sein de la clinique du Mont Blanc

¹⁰⁸ Cour des comptes, « *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser* », Chapitre XII, Sécurité sociale 2014, Septembre 2014

d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des risques psycho-sociaux. Elle s'est engagée à poursuivre le travail sur leurs conditions d'exercice professionnel. Elle soutient que c'est une attente prioritaire et légitime de la profession d'urgentiste¹⁰⁹.

Il est alors primordial de préserver la profession d'urgentiste qui se cantonne à une pluralité de difficultés dont le manque de coordination entre la médecine de premier recours et le secteur hospitalier aggrave leurs conditions d'exercice.

III.2. Une coordination ville-hôpital à amplifier

Notre système de santé repose sur un dysfonctionnement notable, à savoir un manque de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. L'organisation de notre système de santé est peu propice à des approches coordonnées entre les professionnels (III.2.1). Le modèle catalan constitue une réelle inspiration pour La France. Les dispositifs de soins primaires en Catalogne sont intégrés en lien étroit avec les hôpitaux (III.2.2).

III.2.1. Les rapports de force entre médecine libérale et hôpital : une conséquence du manque de coordination entre les deux secteurs

III.2.1.1. Les conflits d'intérêts entre les parties prenantes

En France, l'adoption d'une approche par les parcours se heurte à **l'organisation d'un système de santé structurellement peu propice à des approches coordonnées**. Les obstacles sont en partie dus à un « **cloisonnement historique marqué entre la médecine libérale et l'hôpital** »¹¹⁰. En effet, la principale difficulté que l'on rencontre entre la médecine de premier recours et l'hôpital s'explique par deux catégories d'acteurs qui sont distincts. Les médecins libéraux exercent la médecine selon un mode particulier. Leur statut leur confère la liberté d'exercer leur activité professionnelle comme ils le souhaitent. Or, les deux secteurs devraient s'articuler pour favoriser une meilleure structuration de l'offre de soins. Cette structuration permettrait d'optimiser le fonctionnement des dispositifs déployés sur chaque territoire en recentrant chaque acteur sur son cœur de métier.

¹⁰⁹ APMnews.com, « Urgences : Agnès Buzyn souhaite relancer la réflexion sur l'organisation des soins non programmés », Dépêche, 01/06/2017

¹¹⁰ Dr DEPINOY D., MOYAL A., GUIRAL A., « Relation ville-hôpital : relever le défi pour améliorer les parcours des patients sur un territoire », Finances Hospitalières, 11 mai 2015

La réaction du directeur d'un centre hospitalier, face au déploiement d'un cabinet de montagne à proximité du CH, illustre ces jeux d'acteurs. Le directeur de la structure proteste face à une baisse du flux de patients au sein de son SAU depuis le déploiement d'un cabinet de montagne. Le dispositif a été déployé afin de désengorger le SAU du CH. En effet, il a été déployé afin de prendre en charge la petite traumatologie en assurant les consultations non programmées relevant de la médecine de premier recours.

Cette illustration démontre l'absence de lien entre les deux établissements qui ont pourtant intérêt à se coordonner afin d'assurer une offre de soins de qualité.

Il ressort également de l'évaluation du centre de soins non programmés du Val d'Ouest que les patients nécessitant un suivi sont adressés à leur médecin traitant sans qu'un courrier ne soit systématiquement rédigé à leur attention. Ceci peut être dommageable à la continuité des soins. Un travail de coopération entre les différents acteurs est attendu par les membres de l'ARS afin d'assurer la continuité des prises en charge et d'éviter ainsi des ruptures dans le parcours de vie des patients. Il conviendrait de renforcer le travail de coopération avec les établissements de santé, les structures de premier recours et les médecins libéraux du secteur dans un objectif de juste orientation du patient¹¹¹

Il ressort la nécessité de coordonner les acteurs entre eux afin d'améliorer notre système de santé. Cette **coordination peut être mise en œuvre par la mobilisation d'outils de collaboration différents en fonction de l'engagement des parties prenantes**. Selon Fabrice Dhume,¹¹² « lorsque l'on a comme projet de travailler ensemble, **il faut tenter de se mettre d'accord sur ce que l'on veut faire et sur le sens qu'il y a à le faire ensemble** ». Ceci passe par la définition d'un projet collectif et par le partage des responsabilités qui en découlent. La définition d'une organisation avec des objectifs communs et, d'autre part, la définition d'une approche globale du parcours du patient.

Selon le Dr Pierre De Haas, « **la problématique n'est pas technique ; elle relève des liens humains. Il faut recréer des liens** ». M. Crozier et E. Friedberg expliquent que pour qu'il y ait transformation d'un système d'action, « les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains »¹¹³. Il faut redéfinir les missions et les objectifs des professionnels du premier et du second recours en articulant leurs efforts afin d'aboutir à un objectif commun. Le système de santé catalan illustre la bonne articulation entre les deux secteurs à travers son système de santé.

¹¹¹ ARS ARA, Délégation départementale du Rhône, « *Rapport d'évaluation du centre de soins non programmés de la clinique du Val d'Ouest* », juin 2017

¹¹² Dhume F., *Du travail social au travail ensemble*, ASH, 2010, 206 pages

¹¹³ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, « *L'acteur et le système* ». Point. Editions du seuil. 1977, p.332

III.2.2 Le modèle Catalan: un modèle d'inspiration

Lors des « 6^{èmes} journées nationales de la FFMPs » qui ont eu lieu les 17 et 18 mars 2017, Eric Mayolas et Jacques Friche ont décrit le système de santé et plus spécifiquement, le modèle des soins primaires en Catalogne. L'atelier était intitulé « *Et si nous avions trente ans de retard ?* »¹¹⁴.

Il convient de rappeler qu'une étude portant sur les données relatives aux années 1990 et 2015, dans 195 pays, a permis d'élaborer un classement des meilleurs systèmes de santé dans le monde. Le critère principal était un indice de « qualité et d'accès aux soins ». En 2015, la France, occupait le 15^{ème} rang de ce classement, derrière notamment Andorre, la Suisse, l'Espagne, la Finlande, le Japon, l'Italie, l'Irlande et l'Autriche¹¹⁵. La Catalogne est considérée comme étant l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Il convient alors de s'interroger sur les spécificités du système de santé en Catalogne.

Lors du Congrès, il a été rappelé que **le modèle des soins primaires en Catalogne est basé sur la mise en place de centres de santé** qui sont définis en fonction des populations et des territoires. « **Ceux-ci constituent le premier maillon d'un dispositif sanitaire global et intégré en lien étroit avec les hôpitaux** »¹¹⁶. Les centres de soins primaires constituent les soins de première ligne et représentent l'offre de soins la plus proche de la population, celle à laquelle elle fait le plus souvent appel. Ce sont les soins de proximité catalans.

Les centres de soins de proximité en Catalogne sont composés d'équipes de soins primaires animées par des équipes médicales (toutes spécialistes en médecine de famille), paramédicales (infirmières, sages-femmes), travailleurs sociaux et quelques médecins spécialistes d'organe. La spécificité du système de santé est que les professionnels sont tous contractuels et non plus fonctionnaires comme par le passé. Les centres sont en relation étroite avec les structures hospitalières voisines avec lesquelles ils développent des partenariats en fonction de l'évolution des besoins et des ressources disponibles. Les centres de soins primaires constituent la véritable porte d'entrée du système de santé. **Les relations avec les centres hospitaliers locaux, de référence et de haute technologie se font au cas par cas d'une manière très pragmatique en fonction de la complémentarité des structures**¹¹⁷.

¹¹⁴ MAYOLAS E., FRICHET J., « *Les équipes de soins primaires en Catalogne : et si nous avions trente ans de retard ?* », FFMPs, Cité, Centre de Congrès, Lyon, 17 et 18 mars 2017

¹¹⁵ APMnews.com, « *Le système sanitaire français occupe le 15^{ème} rang mondial* », dépêche, lundi 22 mai 2017

¹¹⁶ MAYOLAS E., FRICHET J., « *Les équipes de soins primaires en Catalogne : et si nous avions trente ans de retard ?* », FFMPs, Cité, Centre de Congrès, Lyon, 17 et 18 mars 2017

¹¹⁷ LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., « *Les soins de proximité, une exception française ?* » CREDES, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Rapport N°503 (Bibliographie N°1354), Juillet 2001

De plus, les spécificités du système de santé en Catalogne font ressortir divers points très intéressants. En premier lieu, « **une seule médecine est existante en Catalogne, tous les médecins sont salariés. Il y a une conciliation quasi automatique entre la ville et l'hôpital** »¹¹⁸. La contractualisation des professionnels de santé contribue indéniablement au bon fonctionnement du système dans la mesure où il n'y a pas de secteurs réellement distincts contrairement à la France. « Le point fort de ce système de soins est **la structure constituée de la superposition de deux réseaux, l'un propriétaire qui est public et l'autre fonctionnel mixte qui est privé et public, qui n'en font qu'un pour le patient** ». Ce faisant, les secteurs du premier recours et du second recours coopèrent automatiquement dans la mesure où ils représentent un seul et même secteur pour la patientèle.

Il convient d'ajouter que, lors du Congrès de la FFMPs, M. Mayolas a insisté sur les critères d'évaluation des professionnels de santé qui exercent en centres de santé. Il a précisé que les médecins bénéficient de majorations financières dès lors qu'ils coopèrent entre eux dans l'exercice de leur fonction. « Le parcours de soins, l'évaluation et la communication sont des axes majeurs sur lesquels repose le dispositif sanitaire catalan ». Il est important de donner la possibilité aux praticiens de participer à la gestion de leur outil de travail. Le système incite les professionnels à coopérer entre eux. Ce faisant, ils gardent un objectif commun dans l'exercice de leur fonction. Chaque professionnel se consacre alors à son cœur de métier.

Enfin, le système de santé catalan est intéressant dans la mesure où la proximité fait explicitement partie des critères fondamentaux de l'organisation de l'offre de soins. Elle n'« est pas uniquement envisagée comme une fin, mais davantage comme un outil permettant de mieux détecter les besoins et donc de mieux adapter l'ensemble du système de soins localement »¹¹⁹. Cette adaptation s'explique par un système de santé qui est relativement souple. Ceci est non négligeable dans la mesure où les professionnels de santé peuvent exercer d'un centre à un autre sans craintes puisque leur statut reste inchangé.

Le système de santé catalan permet aisément de démontrer que le lien ville-hôpital est substantiel afin d'améliorer le système de santé. Le Dr Pierre De Haas a évoqué cet aspect lors de sa conférence au sein de l'ARS ARA¹²⁰.

¹¹⁸ Ibid

¹¹⁹ Ibid

¹²⁰ DE HAAS P., « *L'offre de soins en question : les maisons médicales : retour d'expérience et incidence sur l'offre de soins, fédération française des maisons et pôles de santé* », conférence, ARS ARA, 24 mars 2017

III.2.2.1 Renforcement du lien ville-hôpital: préconisations du Dr Pierre De HAAS

Le Dr Pierre De Haas lors de son passage à l'ARS a insisté sur la nécessité de **renforcer les liens « ville-hôpital »**. Il préconise la programmation de rencontres entre les professionnels des deux secteurs. Cette recommandation permettrait de se rapprocher du système de santé catalan en favorisant le décroisement entre les deux secteurs.

Les praticiens hospitaliers devraient prendre connaissance de l'organisation des dispositifs de premier recours en organisant des visites et inversement. Ceci permettrait aux professionnels du second recours d'assimiler le rôle de ces dispositifs et aux médecins libéraux de se rapprocher des missions du second recours.

Le Dr Pierre De Haas évoque une expérimentation qui a été faite au Danemark. Les **« leaders de la ville ont été invités dans les hôpitaux pour créer du lien »**. Cette initiative a également été soulevée par le rapporteur Alain Cordier.

Le rapport a été rédigé en partenariat avec le directeur de cabinet du secrétaire général des ministères sociaux, des inspecteurs de l'IGAS, ainsi qu'un auditeur à la Cour des comptes ¹²¹. Il s'intitule **« un projet global pour la stratégie nationale de santé »**.¹²² Le rapporteur soulève l'enseignement d'une expérience danoise. **Des médecins généralistes qui exercent à temps partiel occupent des postes de conseiller ou de coordinateur pour les relations entre la ville et l'hôpital**. Suite à cette expérimentation, le rapporteur évoque, dans ses recommandations, **la nécessité de promouvoir des temps de concertation entre les médecins hospitaliers, les équipes de soins de santé primaires et les spécialistes de la ville** autour des problématiques de santé territoriales et de pathologies spécifiques. Ceci dans l'objectif de mettre en œuvre des protocoles de parcours de soins et de santé.

Il faut également garantir que chaque médecin traitant puisse effectivement joindre un médecin hospitalier dans le service prenant en charge la personne malade qu'il suit. Il faut se donner « les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital ».

Ces éléments rappellent la notion de partenariat. Selon Michel Chauvière, dans le nouveau dictionnaire critique d'action sociale, le partenariat est « une recherche pragmatique d'efficacité et d'utilité par le décroisement institutionnel et la mobilisation d'une pluralité d'acteurs et de ressources ». Il a pour objectif d'aboutir à une culture commune entre les professionnels qui se coordonnent dans leur pratique. Ceci devant à terme contribuer à recentrer chaque acteur sur son

¹²¹ Inspection Générale des Affaires Sociales, Ministère en charge de la santé

¹²² Comité des « sages », CORDIER A. (président), « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé* », 19 recommandations du comité des « sages », Juin 2013

cœur de métier. Ceci passe par ailleurs, par une éducation de la population qui détient un rôle important.

III.3 L'éducation de la population: un facteur clé

Il faut convient enfin d'évoquer les causes d'un tel afflux aux urgences. La principale raison est la gratuité des soins dans les services d'accueil des urgences contrairement à la médecine générale qui nécessite une avance des frais. Cette différence incite la population à se diriger vers les SAU. Il conviendrait alors de favoriser la gratuité des soins dans les deux secteurs. Cet alignement favoriserait une meilleure utilisation des dispositifs en place (III.3.1). Enfin, la population doit être éduquée par le biais d'une campagne de sensibilisation (III.3.2).

III.3.1 Une gratuité des soins incitant au consumérisme

L'utilisateur est souvent stigmatisé, comme en attestent les écrits récents du Conseil de l'Ordre : « les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toute heure pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence ». Le comportement du patient est souvent décrit comme « consumériste » voire « exigeant ». Cette stigmatisation n'est pas récente, puisque déjà en 1993, dans le rapport sur la médicalisation des urgences, on pouvait lire en page 13 « les services d'urgences sont souvent considérés comme une sorte de supermarché pour examens complémentaires »¹²³.

Le système de santé français favorise un tel comportement des usagers notamment par le biais de la gratuité des soins. Une étude de la DRESS soulevée précédemment évoque l'usage excessif des services des urgences par la population qui est causé en partie par la gratuité des soins. Le système de santé en France permet à tous d'accéder aux soins. Cette mesure renforce indéniablement la qualité de notre système de santé qui garantit à tous le droit d'être soigné.

Lors du congrès de la FFMPS le Pr Didier Tabuteau a insisté sur la nécessité de la « généralisation du tiers payant en ville ». La gratuité des soins dans les deux secteurs, à savoir en médecine de ville et à l'hôpital, permettrait de limiter l'afflux des patients systématiquement vers les services des urgences.

¹²³ GENTILE. S, AMADEI E., BOUVENOT J., DURAND A.C, BONGIOVANNI I. HARO J, GIRAUD C., SAMBUC R., « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », Santé Publique, 2004/I, Ed S.F.S.P, (Vol 16), P 200

En 2016, dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé, Marisol Touraine, a souhaité réformer notre système de santé notamment avec la généralisation du tiers payant en médecine de ville. Par ailleurs, les professionnels de santé ont prétexté que cela déresponsabiliserait les patients.

Les syndicats des médecins craignent une déresponsabilisation des patients et donc un recours excessif en médecine de ville. Par ailleurs, le constat actuel est tel que les patients se dirigent vers les SAU pour la gratuité des soins. Afin d'améliorer la structuration de notre système de santé il conviendrait de recentrer chaque acteur sur son cœur de métier et aligner les réglementations des deux secteurs en instaurant la généralisation du tiers payant pour le premier et le second recours. Ceci favoriserait une meilleure régulation du flux des patients. Par ailleurs, la population nécessite d'être sensibilisée au mieux sur l'usage des services d'accueil des urgences afin de ne pas détériorer la qualité de notre système de santé.

III.3.2 Une campagne de sensibilisation à promouvoir d'avantage au niveau national

Une éducation de la population au bon usage des soins est nécessaire. Il faut rappeler que le passage par les urgences n'est pas indispensable et que d'autres dispositifs sont mis à disposition afin de répondre à la demande.

Le syndicat des médecins emploie les termes de « prévention » et d'« éducation » de la population afin d'éviter le consumérisme des patients. C'est la principale faille de notre système de santé.

Les français doivent assimiler que les consultations au sein des services d'accueil des urgences ne garantissent pas une meilleure prise en charge. Il faut une adéquation entre les besoins du patient et la réponse de l'offre de soins apportée. Le prochain projet régional de santé évoquera le slogan suivant « *les urgences ce n'est pas une évidence* ».

CONCLUSION

« Les urgences, il faut en prendre soin, parce que c'est une ressource qui nous est quelque part offerte, que l'on paie avec le biais de nos impôts, mais dont on bénéficie largement, c'est un maillon essentiel de notre système de santé ». ¹²⁴.

Les services d'accueil des urgences sont aujourd'hui surchargés et nécessitent de nouvelles réformes notamment sur leur mode de financement mais également sur la nécessité d'encadrer le déploiement des dispositifs de premier recours.

Les dispositifs de régulation et d'effectation ont été déployés afin de limiter l'afflux dans les SAU. Les dispositifs d'effectation permettent d'offrir un accès aux soins non programmés à la population. Ainsi, ils contribuent à décharger les services d'accueil des urgences qui sont contraints de réaliser des actes de premier recours. Par ailleurs, il conviendrait de les rendre plus lisibles et de les sécuriser juridiquement pour garantir leur efficacité. En effet, la structuration actuelle de l'offre de soins ne permet pas de désengorger de manière significative les SAU.

Les SAU sont contraints d'assurer une part d'actes relevant de la médecine de premier recours dans la mesure où le mode de financement les incite à augmenter leur activité. La T2A conduit à une « course à l'activité ». Elle renforce le cloisonnement entre les secteurs ville-hôpital. Une réforme est alors indispensable afin de restructurer l'offre de soins et de réattribuer les missions qui incombent à chaque acteur. Les professionnels doivent se consacrer à leur cœur de métier afin de garantir une meilleure qualité des soins. L'amélioration de la structuration de l'offre de soins permettra une meilleure maîtrise des dépenses notamment en réorganisant les parcours de soins.

« L'organisation des parcours de santé est gage d'une meilleure efficacité de la prise en charge mais également d'efficacité, dans un contexte budgétaire contraint »¹²⁵. Une étude des évolutions auxquelles l'hôpital devra se conformer à l'horizon 2030 démontre que pour faire face au vieillissement de la population un tiers des prises en charge devraient concerner les patients âgés, tandis que le nombre de passages aux urgences devrait augmenter de plus de 40%. « À terme la

¹²⁴ CRSA Auvergne-Rhône-Alpes, Actes du 2^{ème} débat public de la CRSA Rhône-Alpes, « *Du bon usage du système de santé « ça déborde aux urgences ! Que pouvons-nous faire ?* » », 9 décembre 2013, Site de Lyon école Normale Supérieure de Lyon

¹²⁵ Dr DEPINOY D., MOYAL A., GUIRAL A., « *Relation ville-hôpital : relever le défi pour améliorer les parcours des patients sur un territoire* », Finances Hospitalières, 11 mai 2015

population âgée pourrait donc devenir le cœur de métier de l'hôpital et les services d'urgences seront, comme aujourd'hui, en première ligne pour accueillir ce public âgé ». Le nombre de consultations dédiées devrait augmenter de 42% d'ici quinze ans¹²⁶.

¹²⁶ MARMOUSET J., « *Le nombre de passages aux urgences des personnes âgées pourrait croître de 42% d'ici 2030* », Hospimédia, 29/03/2017

BIBLIOGRAPHIE

Articles

APMnews.com Réactivité Indépendance Fiabilité par DEBELLEIX E., au congrès urgences, « urgences : Agnès Buzyn, souhaite relancer la réflexion sur l'organisation des soins non programmés », Dépêche, 01/06/2017

Conseil national de l'Ordre des médecins, Dr. KAHN-BENSAUDE I., *La féminisation : une chance à saisir*, adopté le 15 décembre 2005, p. 25

PARIS S., « Transports ambulanciers urgents : un système d'information pour améliorer la réponse à la régulation médicale », ARS ARA, Délégation à l'information et à la communication, Communiqué de presse, 5 avril 2017

BOISGUERIN B., VALDELIEVRE H., « *Etudes et résultats, urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation* », DREES, n°889, juillet 2014

Ministère des affaires sociales et de la santé, Communiqué de Presse, « *Marisol Touraine lance dans trois régions le 116 117: un numéro unique pour joindre un médecin de garde aux heures de fermeture des cabinets médicaux* », Paris, le 5 avril 2017

Gouvernement français, « *La lutte contre les déserts médicaux* », <http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les--deserts-medicaux>

Dr DE PINOY D., MOYAL A., GUIRAL A., « *Relation ville-hôpital : relever le défi pour améliorer les parcours des patients sur un territoire* », Finances Hospitalières, 11 mai 2015

APMnews.com, « *Le système sanitaire français occupe le 15^{ème} rang mondial* », dépêche, lundi 22 mai 2017

MARMOUSET J., « *Le nombre de passages aux urgences des personnes âgées pourrait croître de 42% d'ici 2030* », Hospimédia, 29/03/2017

Conférences

CRSA Auvergne-Rhône-Alpes, Actes du 2^{ème} débat public de la CRSA Rhône-Alpes, « *Du bon usage du système de santé « ça déborde aux urgences ! Que pouvons-nous faire ? »* », 9 décembre 2013, Site de Lyon école Normale Supérieure de Lyon

Dr DE HAAS P., « *L'offre de soins en question. Les maisons médicales : retour d'expérience et incidence sur l'offre de soins* », conférence au sein de l'ARS ARA, Fédération française des maisons et pôles de santé, 24 mars 2017, Lyon

MAYOLAS E., FRICHET J., « *Les équipes de soins primaires en Catalogne : et si nous avions trente ans de retard ?* », FFMPs, Cité, Centre de Congrès, Lyon, 17 et 18 mars 2017

Ouvrages et Revues

Conseil National de l'Ordre des Médecins, "Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016", CNOM DATA, 2016

C. GEORGES-TARRAGANO, F. PIERRU, F. TAPIE DE CELEYRAN, D. MECHALI, J. ROCHEFORT, « Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des PASS », les tribunes de la santé, N°39, 2013/2, pp 87 – 95

PENVERME Y., LALANDE J., LABADY J., « *Quelle organisation mettre en place au Samu centre 15 pour répondre aux critères d'une organisation de haute fiabilité ?* », Ann. Fr. Med. Urgence, 2014

GREANGEAT M., ROGALSKI J., LIAM L., GRAY P., « *Comprendre le travail collectif enseignant, effets du contexte de l'activité sur les conceptualisations des acteurs* », Sciences de l'éducation, 2009, p 153

MOUCHET A., DEMESLAY J., BERTRAND C., « *Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15: l'expérience subjective des médecins urgentistes* », le travail humain, Vol80, 2017/2, pp 133-160

PENVERNE Y., LALANDE J., LABADY J., « *Quelle organisation mettre en place au Samu centre 15 pour répondre aux critères d'une organisation de haute fiabilité ?* », Ann. Fr. Med. Urgence, 2014, pp 6-10

HASSENTEUFEL P., « *Sociologie politique : l'action publique* », Paris, Armand Colin, 2008, p 123

LORTHOLARY C., CHIAVERINI P., DEVAUX B., FRANCOIS D., « *Etre médecin généraliste aujourd'hui* », LAENNEC, 2010/3, Tome 58, p54.

GENTILE S., DEVICTOR B., AMADEI E., BOUVENOT J., DURAND, AC. SAMBUC R., « *Les maisons médicales de garde en France* », Revue Santé publique, Vol 17, pp 233-240

GOUYON M., LABARTHE G. (DRESS), « *Etudes et résultats, les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats* », N°471, mars 2006

MOUSQUES J. (IRDES), LENORMAND MC. (CNAMTS), « *L'expérience américaine des Accountable Care Organizations: des enseignements pour la France?* », Questions d'économie de la santé, N°227, Avril 2017

AUTÈS M., DUFAY M-G., « *Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager* », *Santé Publique*, hs1/2009 (Vol. 21), p. 17-25

CHAUVIÈRE M., « *Partenariat* », Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, Paris, Bayard Centurion, 2006, p 410-412

REVEL N., « *Équipes de soins primaires : pour mieux soigner les maux* », labellisation des logiciels partagés, ésop, la revue des équipes de soins primaires, Trimestriel, Juin 2016

KIERZEK G., POURRIAT J.L., « *Refus de soins en situation d'urgence* », urgences 2009, chapitre 44

DHUME F., *Du travail social au travail ensemble*, ASH, 2010, 206 pages

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, « *L'acteur et le système* ». Point. Editions du seuil. 1977, p.332

GENTILE. S, AMADEI E., BOUVENOT J., DURAND A.C, BONGIOVANNI I. HARO J, GIRAUD C., SAMBUC R., « attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », *Santé Publique*, 2004/I, Ed S.F.S.P, (Vol 16), P 200

Dr DEPINOY D., MOYAL A., GUIRAL A., « *Relation ville-hôpital : relever le défi pour améliorer les parcours des patients sur un territoire* », Finances Hospitalières, 11 mai 2015

Professionnels interrogés

Mme ROUX RUBIO A., Chargée de communication au service information et communication, ARS ARA, entretien semi directif du 12 juillet 2017

Mme BROSSAT F., Responsable du service « direction du pilotage, de la stratégie et des parcours », entretien semi-directif du 25 juillet 2017

M. FERROUD-PLATTET B., Gestionnaire du service « direction du pilotage, de la stratégie et des parcours », entretien semi directif du 25 juillet 2017

Dr DUBIEN P-Y, Chef de service adjoint du SAMU centre 15, Lyon, visite du 19 mai 2017

Rapports et documents institutionnels

RITTER P., Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, Rapport sur la création des ARS, Janvier 2008

Pr STEG Adolphe, Commission Nationale de restructuration des urgences, rapport sur la médicalisation des urgences, 1993

Dr GRALL Jean-Yves, Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, directeur général de l'ARS du Nord pas de Calais, juillet 2015

Rapport Cour des comptes, « les urgences médicales : constats et évolutions récentes », JLAR, 1^{er} février 2007

BAGOU G., « Classification des degrés d'urgence en régulation », Guide d'aide à la régulation au Samu Centre 15, 2^{ème} édition, 2009.

ARS Auvergne-Rhône-Alpes, « *la permanence des soins ambulatoires, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes est là* », article, 28 décembre 2016

BOISGUERIN B, VALDELIEVRE H.,« *Etudes et résultats, urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation* », DREES, n°889, juillet 2014

Pr CARLI P., « *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences* », P. Carli président du CNUH, Animateur du groupe de travail « Aval des urgences », CNUH Conseil National de l'Urgence Hospitalière, Septembre 2013

Cabinet Acsantis, « *Etude de modélisation de structures de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge de petites urgences* », ARS ARA, Mars 2015

VUAGNAT A., « *Les urgences hospitalières qu'en sait-on ?* », étude de la DRESS, 11 juin 2013

ARS ARA, Délégation départementale du Rhône, « *Rapport d'évaluation du centre de soins non programmés de la clinique du Val d'Ouest* », juin 2017

DGOS, « *Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier* »

Rapport ARS Île-de-France, « Étude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé », décembre 2016

Cour des comptes, « *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser* », Chapitre XII, Sécurité sociale 2014, Septembre 2014

Cour des comptes, « les urgences médicales : constats et évolutions récentes », Rapport, JLAR, 1^{er} février 2007

Dr VERAN O., « *L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur* », Rapport, 20 janvier 2016

Cour des comptes, « *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser* », Chapitre XII, Sécurité sociale 2014, Septembre 2014

Comité des « sages », CORDIER A. (président), « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé* », 19 recommandations du comité des « sages », Juin 2013

LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., « *Les soins de proximité, une exception française ?* » CREDES, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Rapport N°503 (Bibliographie N°1354), Juillet 2001

Textes législatifs et réglementaires

Legifrance.gouv.fr, JORF N°0167 du 22 juillet 2009 p 12184, texte n°1, loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi N°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'AMU et aux transports sanitaires

Article L.162-2 du Code de la sécurité sociale

PLFSS 2017, Annexe 7 ONDAM et dépenses de santé, Partie I Exécution, périmètre et construction de l'ONDAM, P7

Décision N°2016-0172 de l'ARCEP homologuée le 7 mars 2016 par le ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi

Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence

Loi N°2016-41 du 26 janvier 2016, Articles 64 et 65 de la LMSS et L 1411-11-1 du CSP

Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016

Article L. 6323-3 du Code de santé publique, Légifrance

Thèses

SOLE L., « *Mise en place d'une plateforme téléphonique dispensant des conseils standardisés dans le cadre de l'urgence pédiatrique, Enquête de suivi auprès de 1967 enfants et harmonisation des pratiques dans la région Rhône-Alpes* », Thèse, université Claude Bernard Lyon 1 faculté de médecine et de maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux, N°89, 2017

NAIT-ABDALLAH R., « *Modèles de dimensionnement et de planification dans un centre d'appels* », Thèse de doctorat de l'Ecole Centrale des Arts et Manufactures, 2008

ANNEXES

ANNEXE 1

Les dispositifs conçus pour la permanence des soins ambulatoires et soins urgents

▪ Concernant la médecine de premier recours ou soins primaires

- Les maisons médicales de garde

Les Maisons Médicales de Garde (MMG) sont des lieux de consultation fixes. Elles sont prévues pour les médecins de ville d'astreintes lors de la permanence des soins, les soirs, les week-ends, durant les ponts et jours fériés.

- Les cabinets de montagne

Les cabinets de montagne représentent un dispositif atypique de l'ARS ARA. Ils sont développés dans quatre départements de la région ; l'Ain, l'Isère, la Haute-Savoie et la Savoie. « Ils répondent aux besoins sanitaires spécifiques dans les zones montagneuses »¹²⁷. Ces zones ont la particularité de présenter une activité importante en traumatologie qui est la résultante des sports exercés en montagne. Ces cabinets ont été créés pour éviter l'engorgement des services des urgences dans ces zones.

- Les centres de consultations ou de soins non programmés

Il s'agit d'un dispositif offrant des soins de premier recours avec petits plateaux techniques. Ils regroupent différents types de prestations visant à améliorer l'offre de soins selon les besoins en termes d'accès aux soins et notamment non programmés.

- Les centres et maisons de santé pluriprofessionnelles

Ces structures sont constituées de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels assurent des activités de soins de premier recours comprenant des consultations non programmées. Les dispositifs sont dotés de petits plateaux techniques.

▪ Concernant la médecine d'urgence ou l'aide médicale d'urgence

¹²⁷ PIEROS, Portail de l'observation sanitaire médico-sociale et sociale en Auvergne-Rhône-Alpes, « *les cabinets de montagne. Un dispositif créé par l'ARS ARA pour répondre aux besoins sanitaires spécifiques dans les zones montagneuses* », 2015

- Les médecins correspondants du SAMU

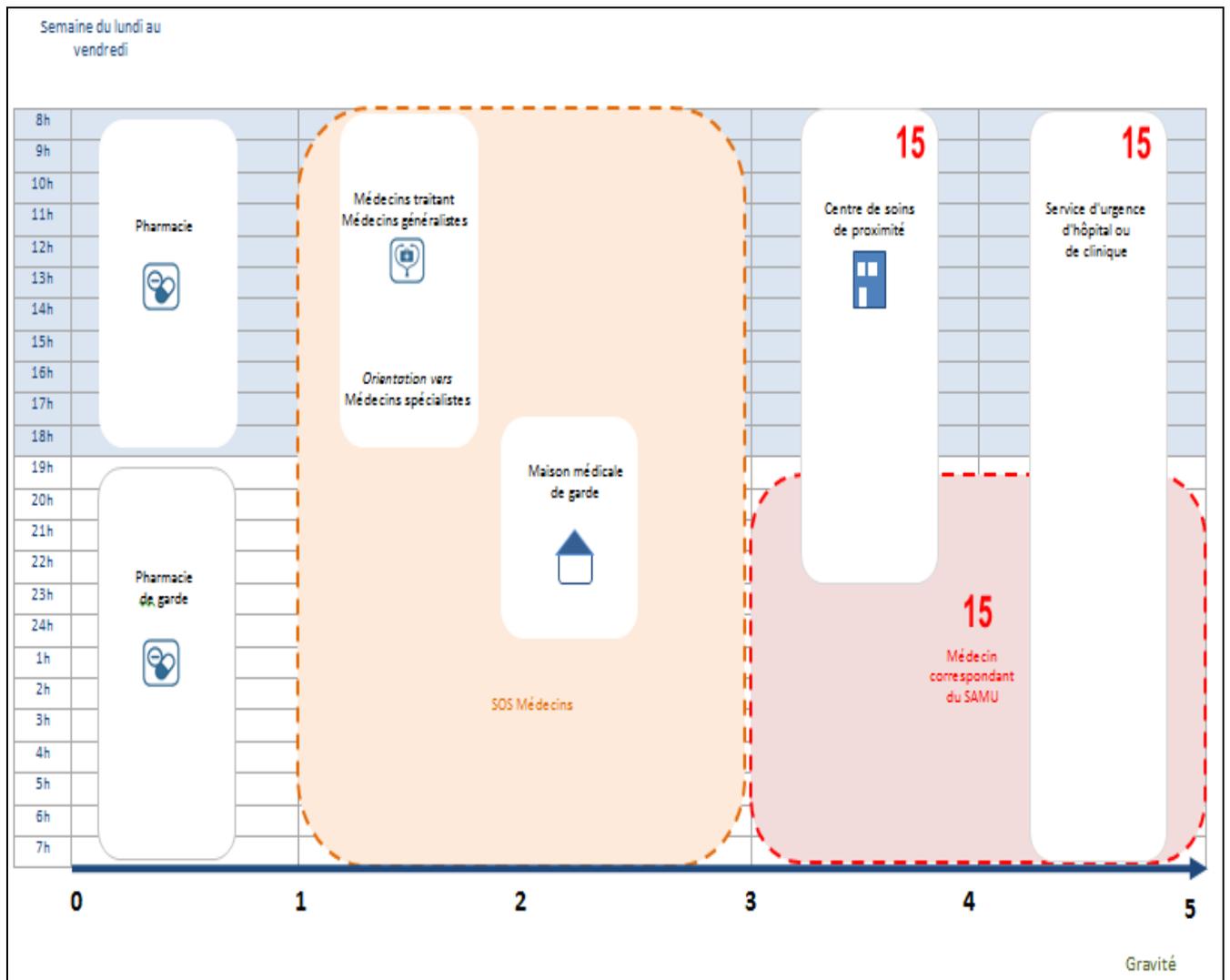
La fonction de Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est réservée à un médecin du premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

- Les services d'accueil et de traitement des urgences ou service médical d'urgence

Le service d'accueil des urgences (SAU) est un service hospitalier qui accueille et traite toutes les urgences sans sélection. Les SAU sont ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

ANNEXE 2

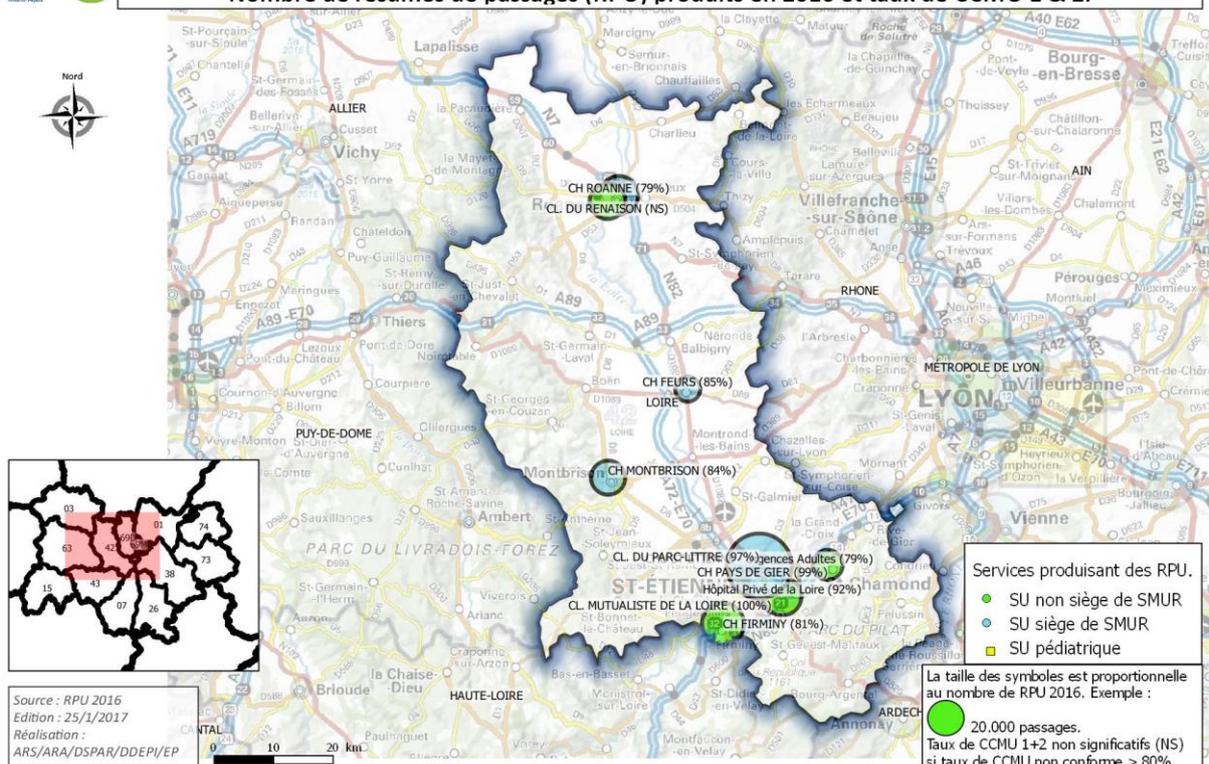
Gradation des dispositifs de l'offre de soins



ANNEXE 3



Services d'urgences de la région Auvergne-Rhône-Alpes par département - LOIRE. Nombre de résumés de passages (RPU) produits en 2016 et taux de CCMU 1 & 2.



Dept	Finess_EG	Établissements	SAE 2015	RPU 2015	CCMU RPU 2016 conformes	CCMU 1+2	Nb total RPU 2016	% d'évolution du Nb de RPU
42	420000010	CH ROANNE	41 951	27 959	94%	79%	28 962	+3.6%
42	420000226	CH MONTBRISON	25 041	24 958	100%	84%	25 402	+1.8%
42	420000234	CH FIRMINY	30 733	30 733	93%	81%	31 994	+4.1%
42	420000267	CH FEURS	17 117	15 189	100%	85%	17 767	+17.0%
42	420010050	CL. MUTUALISTE DE LA LOIRE	8 068	6 662	100%	100%	7 975	+19.7%
42	420011413	Hôpital Privé de la Loire	27 019	26 740	100%	92%	28 745	+7.5%
42	420780504	CL. DU PARC-LITRE	15 653	17 912	100%	97%	21 535	+20.2%
42	420780637	CH PAYS DE GIER	25 888	23 615	100%	99%	21 800	-7.7%
42	420782310	CL. DU RENAISSON	20 051	20 314	72%		26 684	+31.4%
42	420785354	CHU ST ETIENNE - Urgences Adultes	58 714	49 952	100%	79%	51 387	+2.9%
42	420785354	CHU ST ETIENNE - Urgences Pédiatriques	28 953	29 863	100%	95%	30 071	+0.7%
Total 42			299 188	273 897	96%	85%	292 322	+6.7%

ANNEXE 4

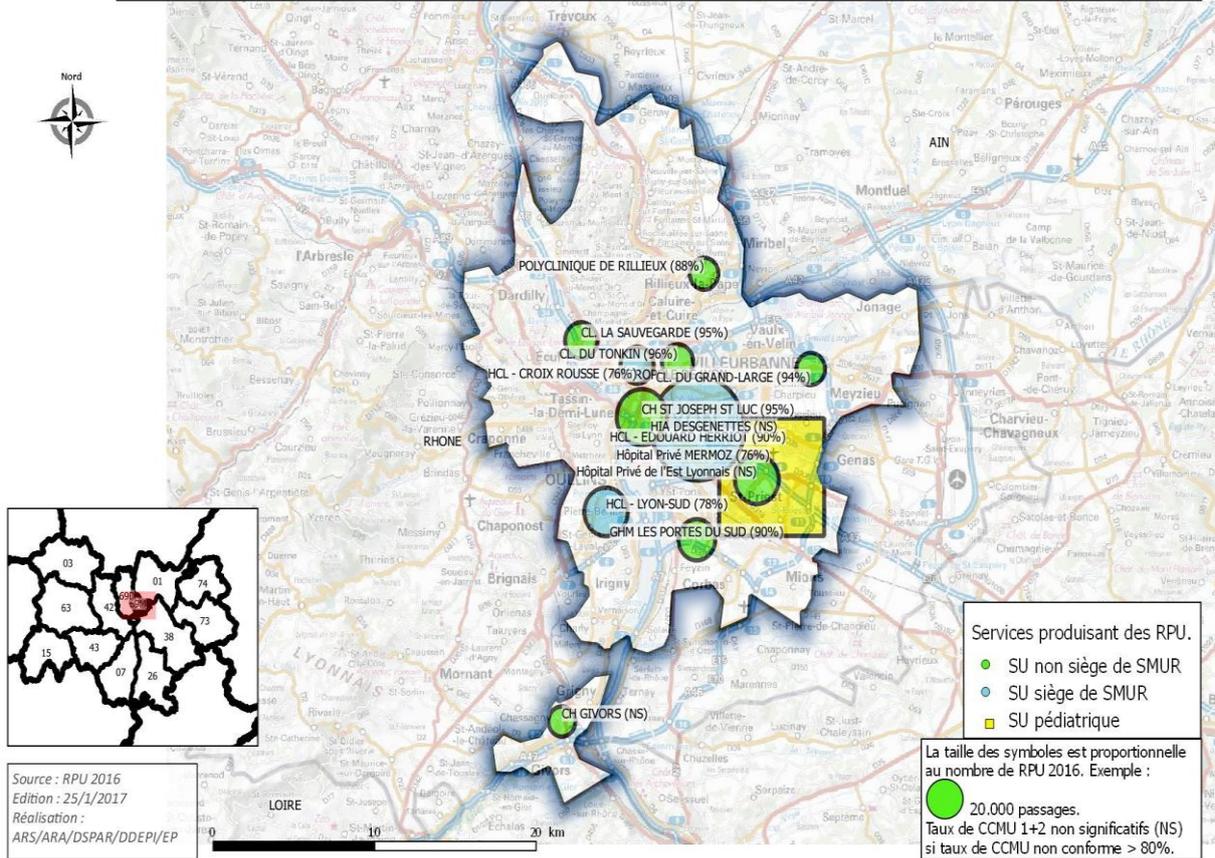
Les 7 classes de Classification clinique des malades aux Urgences (CCMU) codifiant l'état du patient

- **CCMU P** : Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
- **CCMU 1** : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple. *Exemple : angine, malaise vagal non symptomatique, plaie sans suture, otite...*
- **CCMU 2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (prise de sang, radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'Urgences. *Exemple : hypotension, entorse, plaie simple à suturer, fracture fermée...*
- **CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux Urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital. *Exemple Malaise mal étiqueté, angor, douleur thoracique, respiratoire ou circulatoire, AVC, fracture ouverte...*
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
- **CCMU 5** : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des Urgences. Pas de réanimation entreprise.

ANNEXE 5



Services d'urgences de la région Auvergne-Rhône-Alpes par département - MÉTROPOLE DE LYON. Nombre de résumés de passages (RPU) produits en 2016 et taux de CCMU 1 & 2.



Dept	Finess_EG	Établissements	SAE 2015	RPU 2015	CCMU RPU 2016		Nb total RPU 2016	% d'évolution du Nb de RPU
					conformes	CCMU 1+2		
69	690007539	HCL - FEMME-MERE-ENFANT	96 204	84 280	100%	99%	85 015	+0.9%
69	690023411	Hôpital Privé MERMOZ	21 765	20 213	100%	76%	26 019	+28.7%
69	690780093	HIA DESGENETTES	19 731				-	
69	690780382	CL. DU GRAND-LARGE	19 731	19 731	100%	94%	20 679	+4.8%
69	690780390	POLYCLINIQUE DE RILLIEUX	20 019	20 025	100%	88%	20 605	+2.9%
69	690780416	GHM LES PORTES DU SUD	24 532	26 819	99%	90%	27 552	+2.7%
69	690780648	CL. LA SAUVEGARDE	22 207	21 878	100%	95%	23 804	+8.8%
69	690780655	Hôpital Privé de l'Est Lyonnais	29 695	28 749	2%		33 414	+16.2%
69	690782834	CL. DU TONKIN	20 359	21 544	99%	96%	22 860	+6.1%
69	690783154	HCL - EDOUARD HERRIOT	105 937	69 367	100%	90%	74 671	+7.6%
69	690784137	HCL - LYON-SUD	31 734	31 841	100%	78%	33 021	+3.7%
69	690784152	HCL - CROIX ROUSSE	26 915	24 116	100%	76%	24 467	+1.5%
69	690805361	CH ST JOSEPH ST LUC	36 758	37 695	100%	95%	38 835	+3.0%
Total			475 587	406 258	92%	83%	430 942	+6.1%

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	4
SOMMAIRE	5
 INTRODUCTION	6
I/ Les effets de la régulation médicale renforçant la structuration de l'offre de soins de premier recours en amont	13
I.1. La régulation médicale, le dispositif pivot, qui contribue à l'amélioration de la structuration des parcours de soins	13
I.1.1 Le rôle phare de la régulation médicale dans la maîtrise du flux des patients	13
I.1.1.1 Les spécificités de la régulation médicale	13
I.1.1.2 Une mission préventive et éducative renforçant l'efficacité du dispositif	16
I.1.1.2 Une coopération entre acteurs de l'urgence et du premier recours renforçant la cohésion groupale	18
I.1.2 Le renforcement de la régulation médicale ; nouvelle orientation stratégique de la permanence des soins	20
I.2. Une indispensable lisibilité des dispositifs de l'offre de soins de premier recours	22
I.2.1 Une multitude de dispositifs peu lisibles	23
I.2.2 Une gradation des dispositifs à exploiter pour une meilleure structuration de l'offre de soins	26
I.3 Le numéro unique 116 117 déployé par le ministère de la santé pour faciliter l'accès aux soins primaires	29
II Une volonté de déployer des dispositifs d'effection facilitant le recours aux soins primaires mais qui nécessitent un cadrage drastique	31
II.1 La PDSA : un procédé d'accès aux soins de premier recours dans un cadre réglementaire	31
II.1.1 Les maisons médicales de garde: un dispositif complémentaire aux cabinets de médecine générale	31
II.1.2 Une régulation médicale préalable comme condition d'accès à la maison médicale	32
II.1.3 Un renforcement des soins primaires devant intégrer des moyens complémentaires assurant la continuité des soins	33

II.1.3.1	Le faible taux d'hospitalisation à l'issu des passages aux urgences détermine le déploiement de dispositifs innovants	34
II.1.3.2	Une continuité des soins nécessaire au regard des passages aux urgences essentiellement diurnes	36
II.2	La mise en œuvre de dispositifs innovants de continuité des soins valorisant le recours à la médecine de proximité	36
II.2.1	La coordination des acteurs de premier recours renforcée par un système incitatif	37
II.2.2	Le déploiement des centres de soins non programmés pour assurer la continuité des soins.....	39
II.2.2.1	Une mise à disposition d'un « petit plateau technique » facilitant la prise en charge des soins de premier recours	39
II.2.2.1	L'expérimentation du centre de soins non programmés du Val d'Ouest : un premier bilan établi par une évaluation médico-économique.....	40
II.2.3	Une offre de soins de proximité renforcée par les maisons et centres de santé.....	43
II.3	Un encadrement indispensable des dispositifs à la fois de régulation et d'effecton	46
II.3.1	Les potentielles faiblesses de la régulation médicale par le 116 117 : un dispositif à renforcer	46
II.3.2	Les CSNP nécessitent un réel statut juridique pour garantir la réussite du dispositif	47
II.3.3	Un système d'information indispensable à l'évaluation médico-économique des dispositifs	50
II.3.4	Une surveillance indispensable par les ARS pour éviter quelques effets pervers des dispositifs mis en place	51
II.3.4.1	Les potentielles dérives par les professionnels de santé « mercenaires du non programmé »	51
II.3.4.2	Une nécessaire sensibilisation de la population sur le bon usage des dispositifs d'effecton en complément du médecin traitant.....	53

III/ Les préconisations qui favoriseraient un désengorgement significatif des services d'accueil des urgences

III.1.	Une nécessité de réformer le mode de financement des services d'accueil des urgences.....	54
III.1.1	Une réforme financière incitant les centres hospitaliers à accomplir de « réelles urgences ».....	54
III.1.2.	Une définition explicite des « urgences » à clarifier par la loi	57
III.2.	Une coordination ville-hôpital à amplifier	59
III.2.1.	Les rapports de force entre médecine libérale et hôpital : une conséquence du manque de coordination entre les deux secteurs	59
III.2.1.1.	Les conflits d'intérêts entre les parties prenantes	59
III.2.2	Le modèle Catalan: un modèle d'inspiration	61
III.2.2.1	Renforcement du lien ville-hôpital: préconisations du Dr Pierre De HAAS	63

III.3 L'éducation de la population: un facteur clé.....	64
III.3.1 Une gratuité des soins incitant au consumérisme.....	64
III.3.2 Une campagne de sensibilisation à promouvoir d'avantage au niveau national.....	65
 CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXES	74
ANNEXE 1	75
ANNEXE 2	77
ANNEXE 3	78
ANNEXE 4	79
ANNEXE 5	80
TABLE DES MATIERES.....	82

Problématique :

Selon quelles modalités une restructuration de l'offre de soins de premier recours pourrait concourir à une diminution de l'afflux aux urgences?

Résumé :

Les dispositifs de régulation et d'effection ont été déployés afin de limiter l'afflux dans les Service d'accueil des urgences. Ils permettent d'offrir un accès aux soins non programmés à la population. Ainsi, ils contribuent à décharger les services d'accueil des urgences qui sont contraints de réaliser des actes de premier recours.

Par ailleurs, ils manquent de lisibilité et de cadre juridique pour garantir leur efficacité. En effet, la structuration actuelle de l'offre de soins ne permet pas de désengorger de manière significative les SAU. Les SAU sont contraints d'assurer une part d'actes relevant de la médecine de premier recours dans la mesure où le mode de financement les incite à augmenter leur activité. La T2A conduit à une « course à l'activité ». Elle renforce le cloisonnement entre les secteurs ville-hôpital. Une réforme est alors indispensable afin de restructurer l'offre de soins et de réattribuer les missions qui incombent à chaque acteur. Les professionnels doivent se consacrer à leur cœur de métier afin de garantir une meilleure qualité des soins. L'amélioration de la structuration de l'offre de soins permettra une meilleure maîtrise des dépenses notamment en réorganisant les parcours de soins.

Mots clés :

Services d'accueil des urgences (SAU), Régulation médicale, centre de régulation des appels (SAMU centre 15, 116 117), offre de soins de premier recours, services d'accueil des urgences, permanence des soins, permanence des soins ambulatoires, maisons médicales de gardes, centres de soins non programmés

