Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Assurer le premier accès aux soins
Organiser les soins non programmés dans les territoires

Rapport de Thomas Mesnier
Député de Charente

Établi avec l'appui de :

Erik Rance

Julien Tiphine

Laure Boisserie-Lacroix (interne de santé publique)

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Et Elise Haffen

Collaboratrice parlementaire

Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé
Paris, mai 2018

SYNTHESE

Le présent rapport porte sur les soins non programmés, entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Par ailleurs, conformément à la lettre de mission de Mme la Ministre des Solidarités et de la Santé, j'ai consacré mes travaux à ces soins non programmés hors permanence des soins ambulatoires (PDSA), c'est-à-dire aux soins dispensés entre 8h et 20h en semaine, et le samedi matin.

Or, comme tous les autres pays comparables et quel que soit leur système de santé, la France est confrontée à une hausse ininterrompue depuis 20 ans, de 3,5 % en moyenne annuelle de la fréquentation de ses services hospitaliers d'accueil des urgences. Le nombre de passages dans ces services s'établit aujourd'hui à 20,3 millions par an. Si une partie de cette hausse trouve sa source dans le vieillissement de la population et la croissance de la prévalence des maladies chroniques, une part non négligeable des passages aux urgences – que la dernière enquête disponible de la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé évaluait à 43 % – pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire. Le présent rapport ne porte pas sur les problèmes de fonctionnement des services d'urgence hospitaliers. Cependant, si l'engorgement croissant des services d'urgence trouve également sa source dans d'autres dysfonctionnements, et notamment le manque réccurent de lits d'aval, il n'en demeure pas moins que l'importance de cette activité, mal dirigée, concourt à la surcharge de ces services et à la lassitude de leurs personnels. Au-delà, ce dysfonctionnement dans l'organisation de notre offre de soins ne permet pas une prise en charge optimale par le segment le mieux adapté de l'offre de soins, et peut donc être préjudiciable aux patients eux-mêmes qui échappent ainsi au parcours de soins structuré permettant d'assurer la coordination et la pertinence des soins, et le suivi des patients sur le long terme.

Cette situation trouve sa source dans un décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre ambulatoire en voie de raréfaction :

- la population vieillit et le nombre de patients atteints de pathologies chroniques croît ; la population est mieux informée qu'auparavant sur les risques, et s'inquiète donc plus rapidement de symptômes ; elle manifeste parfois pour les soins, comme pour un autre bien de consommation, un souhait d'immédiateté ;

- réciproquement, le nombre de médecins généralistes va continuer à décroître naturellement dans les prochaines années au fur et à mesure des départs en retraite non remplacés, et la répartition des professionnels de santé sur les territoires marque des écarts considérables ; les jeunes générations de médecins se dirigent davantage vers le salariat, et aspirent à un rythme de vie plus proche de celui de l'ensemble de la population.

Aussi, et même si une proportion non négligeable des médecins continue à essayer de prendre en charge des demandes de soins non programmés en sus de leur activité programmée – le nombre de consultations non programmées s'établissant selon la dernière enquête connue (2004) à 35 millions par an, soit 12 % de l'activité globale des médecins –, il demeure un goulot d'étranglement de la réponse à cette demande, qui se déporte par défaut sur les urgences hospitalières.

L'usager estime par ailleurs pouvoir réaliser aux urgences en un seul lieu et un seul faisceau horaire l'ensemble des consultations et examens nécessaires, et pouvoir y consulter éventuellement un spécialiste, ce qu'il mettra des semaines à obtenir en ville.

Cette situation est aggravée par l'insuffisante information dispensée aux usagers sur la conduite à tenir en cas de problème de santé et la méconnaissance de la fonction exacte du numéro d'appel 15. Deux tiers des patients pensent que ce numéro d'appel est réservé aux urgences vitales. Ainsi, ce sont 60 % des patients qui se rendent aux urgences de leur propre chef, en fonction de leur ressenti, faute

de meilleure orientation et de pouvoir joindre leur médecin traitant selon l'enquête DREES de 2013 sur les services d'urgence.

Devant la prise de conscience croissante de cette situation, un certain nombre d'initiatives de structuration de la prise en charge de ces soins non programmés, encouragées par les pouvoirs publics, se sont fait jour de façon éparse dans un certain nombre de territoires de santé :

- des centres hospitaliers, confrontés à la pénurie d'urgentistes, ont transformé leur service d'urgence en centres de soins non programmés ne fonctionnant que la journée, ce qui leur permet de ne pas être soumis aux normes applicables aux services d'accueil d'urgence ;

- les environ 1 000 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), et notamment les 538 MSP adhérentes à l'accord cadre interprofessionnel (ACI) proposé par l'assurance maladie (qui prévoit la subordination d'une partie de la rémunération forfaitaire de ces structures à la fixation de plages horaires dédiées aux soins non programmés), mutualisent leur capacité d'accueil de ce type de situations ;

- de même, les environ 2 000 centres de santé, qui emploient des personnels salariés, doivent, de par leur accord-cadre, proposer des plages d'accueil des soins non programmés ;

- les hôpitaux locaux, essentiellement en zone rurale, qui associent à leur fonctionnement des médecins généralistes libéraux, accueillent des soins non programmés ;

- plusieurs établissements privés à but lucratif proposent un accueil des soins non programmés, qui a aussi l'avantage pour eux de pouvoir constituer une porte d'entrée en hospitalisation ;

- une trentaine de structures libérales d'exercice groupé sont totalement dédiées à l'accueil de soins non programmés ;

- enfin, des associations comme SOS Médecins, dont l'activité était jusqu'ici concentrée la nuit et le week-end, occupent aujourd'hui un rôle effectif dans la continuité des soins pendant la journée et développent, en sus des visites à domicile, des lieux fixes de consultations non programmées.

Il est cependant aujourd'hui nécessaire de proposer un cadre général, régulé et incitatif à la mise en place systématique, selon des modalités les plus proches possibles de la situation de chaque territoire de santé, sous l'égide des ARS et des collectivités territoriales, d'un maillage suffisant pour une prise en charge adaptée de cette demande de soins non programmés.

Aucun schéma type ne saurait être imposé par le niveau national, tant la diversité des situations est grande sur chaque territoire et dès lors que l'initiative ne saurait être prise que par les professionnels de santé. Les nombreuses auditions réalisées ont montré que les professions médicales et paramédicales sont pleinement conscientes de leur responsabilité en la matière à l'égard de leur population, de leur territoire.

Mais un effort massif d'accompagnement de leurs initiatives, de maillage du territoire, et d'incitations doit être réalisé par les pouvoirs publics. Si un tel effort de renfort et d'organisation de ce service public confié aux médecins n'était pas entrepris, il ne fait guère de doute que des initiatives privées à but lucratif, qui sélectionnent les patients, et dont on voit déjà l'émergence, se développeront de façon désorganisée avec le risque qu'elles encouragent une approche consumériste, ignorant les parcours de soins et la recherche d'un égal accès aux soins sur le territoire, et qu'elles contribuent au désengagement des professionnels de santé.

Il apparaît que le schéma cible qui pourrait être le mieux adapté serait de fortement inciter les professionnels de santé à faire de l'accueil des soins non programmés une mission prioritaire des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Créées par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, celles-ci sont composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou second recours, et d'acteurs médicosociaux et sociaux. Elles concourent au projet régional de santé

et à la structuration des parcours de santé et offrent donc le cadre d'exercice pluridisciplinaire coordonné et souple adapté à cette activité. Mais ces communautés ne sont qu'embryonnaires à ce stade.

Aussi est-il recommandé à court terme que les ARS passent des appels d'offre pour contractualiser avec des organisations pluridisciplinaires de prise en charge territoriale des soins non programmés (soins de premiers recours, premiers soins) créées par les professionnels de santé du territoire qui pourront, à terme, devenir des CPTS.

Les ARS devront impérativement, avec le concours des collectivités territoriales, proposer le cadre le plus souple possible basé sur quelques obligations minimales fixées par un cahier des charges national : mutualisation de plages horaires dédiées réparties entre professionnels de façon à ce que la continuité des soins soit assurée, si possible, en permanence sur le territoire ; obligation de proposer des tarifs de secteur 1 ainsi que le tiers payant ; disponibilité d'appareils de biologie et d'imagerie ou contractualisation avec des laboratoires et des cabinets de radiologie pour offrir un accueil immédiat préférentiel, disponibilité d'un petit matériel minimal, retour systématique vers le médecin traitant et utilisation d'un système d'information partagé. L'accueil d'étudiants en stage devra y être encouragé. Les pharmacies, les EHPAD et les GHT[1] devront être associés à ces réseaux. La prise en charge des fonctions de coordination devra être assurée par un forfait modulé en fonction d'indicateurs simples sous la forme d'une rémunération à la performance qui serait l'équivalent de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins, mais mutualisée sur le réseau ; le financement doit en être assuré de façon pérenne, sans quoi la robustesse des projets dans le temps ne saurait être garantie. Par ailleurs, la partie des forfaits MSP et centres de santé dédiée aux soins non programmés doit être plus exigeante et, en contrepartie, revalorisée tout comme la part du forfait de structure des ROSP des médecins.

Pour atteindre cet objectif :

- il est nécessaire qu'à l'instar de ce qui existe au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, la consultation d'un médecin appartenant au réseau de premiers soins autre que le médecin traitant du patient puisse être remboursée sans pénalité liée au parcours de soins ; cela implique une modification législative ;

- il est impératif, de façon générale, mais tout particulièrement dans le cas des soins non programmés, de dégager du temps médical utile, en encourageant beaucoup plus résolument qu'aujourd'hui le partage de tâches entre médecins et autres professions de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens), à partir d'un panier de soins défini et protocolisé au niveau national et de la mise à disposition d'une boîte à outils, pour être déclinés par les médecins et les autres professionnels de santé selon les nécessités du territoire ; une impulsion toute particulière doit être, dans ce cadre, donnée aux attributions des infirmiers de pratique avancée (IPA).

- une campagne massive d'information sur le numéro d'appel et le bon recours au niveau pertinent doit être menée dans les grands médias audio-visuels, sur les réseaux sociaux et par insertion dans les bulletins municipaux. Elle devra également être diffusée par affichage sur les sites des établissements de santé et des caisses primaires d'assurance maladie et dans les salles d'attente des professionnels de santé. Les associations d'usagers du système de santé et les organisations représentatives des médecins ainsi que les ordres professionnels peuvent utilement s'en faire les relais ;

- des actions d'éducation à la santé, sur le modèle de celles mises en place par la Mutualité sociale agricole, et démultipliées par les acteurs du futur service sanitaire, doivent être menées auprès de la population pour lui rappeler les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, et les réflexes de recours à la médecine de proximité en cas de plus grande difficulté.

---

[1] Groupements hospitaliers de territoire.

De façon générale, ces actions d'information et de sensibilisation doivent rappeler aux usagers les conséquences d'un recours inapproprié aux urgences hospitalières susceptible de gêner, voire de menacer, une correcte prise en charge des urgences réelles ;

- des actions de sensibilisation et de formation doivent également être menées en direction des élus peu familiarisés avec le fonctionnement et les contraintes de notre système de santé ;

- le portail sante.fr en construction par le ministère de la Santé doit, d'ici 2019, permettre de géolocaliser partout sur le territoire l'offre de médecine ambulatoire disponible à proximité de l'endroit où se trouve le patient demandeur de soins non programmés ;

- le développement rapide et le déploiement des dossiers médicaux partagés (DMP) et des messageries de santé sécurisée (MSS) doivent très vite être accompagnés par la structuration et l'indexation des informations versées au DMP, pour qu'ils puissent être réellement utilisés par les professionnels de santé ;

- le développement rapide de la télémédecine doit trouver, en matière de soins non programmés, un point d'application tout particulier pour les personnes à mobilité réduite demeurant à domicile et dans les EHPAD où, par ailleurs, les médecins coordonnateurs doivent se voir reconnaître une capacité de prescription pour pallier l'absence du médecin traitant du résident ;

- pour autant, au-delà des potentialités offertes par la télémédecine, la rémunération des visites à domicile doit être revalorisée, tant pour les médecins que pour les infirmières, pour que soit pris en compte le manque à gagner, par rapport à des consultations en cabinet, induit par le temps de déplacement ;

- enfin, l'extension à la journée de la régulation téléphonique des centres 15, tel que cela est déjà pratiqué dans certains départements, apparaît, au regard des expériences étrangères comme de l'ensemble des auditions réalisées, à terme, comme une des conditions essentielles de la pleine réussite du dispositif. Comme l'expérience le prouve, elle permet, dans deux tiers des cas, de prodiguer un conseil téléphonique évitant un passage aux urgences, voire une consultation médicale. L'usage de la télémédecine pourrait être développé dans ce cadre. Cette régulation doit permettre de déclencher des transports remboursables par l'assurance maladie vers les organisations de prise en charge des soins non programmés ayant passé contrat avec l'ARS. Elle permet également d'orienter convenablement le patient dans un parcours de soins qui lui est très peu familier. Elle doit être déployée progressivement, et pouvoir être effective sur tous les territoires d'ici à deux ans.

En effet, sa mise en place efficace suppose qu'elle puisse proposer une offre ambulatoire, structurée et identifiable en temps réel, alternative aux urgences, et que suffisamment de vocations médicales se déclarent pour gérer cette régulation. Ce déploiement doit se faire en fonction du degré de préparation de chaque territoire : certains pôles de santé en zone rurale constitués au niveau départemental sont déjà prêts à s'organiser et pourraient prendre en charge une régulation interconnectée avec le centre 15. D'autres territoires sont actuellement dépourvus de toute organisation ambulatoire de prise en charge structurée des soins non programmés, et doivent donc attendre cette structuration sous l'égide de l'ARS pour mettre en place une régulation ; pour autant, cette dimension ne peut être ignorée de la mise en place des projets de prise en charge des soins non programmés contractualisés par les ARS, et doit apparaître dans leur plan de développement à horizon de deux ou trois ans. La rémunération de cette activité doit être ajustée de façon à être suffisamment attractive, étant entendu qu'elle sera gagée en tout ou partie par les économies induites par un moindre passage aux urgences, voire par une moindre consommation médicale, de simples conseils pouvant clore l'appel à la plate-forme. A terme, il serait envisageable de donner à la régulation un rôle complémentaire au médecin traitant dans l'organisation du parcours de soins et de la prise en charge globale du patient.

SOMMAIRE

SYNTHESE **2**

SOMMAIRE **6**

INTRODUCTION **9**

1 L'ECART CROISSANT ENTRE UNE DEMANDE IMPORTANTE DE SOINS NON PROGRAMMES ET L'OFFRE AMBULATOIRE **11**

1.1 Une demande importante de soins non programmés 11

1.1.1 Une demande de soins non programmés qui correspondrait à 12 % du total des consultations annuelles, concernant deux fois plus les enfants et les jeunes adultes que les personnes âgées, avec des pics en fin de matinée et fin d'après-midi 11
1.1.2 Une demande de soins non programmés poussée par le vieillissement de la population, l'augmentation des polypathologies et maladies chroniques, mais aussi l'aspiration à l'immédiateté ... 11

1.2 Une offre ambulatoire mal répartie et en décroissance 12

1.2.1 Une répartition très inégale des médecins sur le territoire 12
1.2.2 Des changements profonds dans les choix et les aspirations des jeunes médecins 13

1.3 La part des soins non programmés dans l'activité des professionnels de santé 14

2 LES SERVICES D'URGENCE PRENNENT EN CHARGE UNE PART IMPORTANTE DE SOINS NON PROGRAMMES NE RELEVANT PAS DE LEUR MISSION. 16

2.1 Une part de la fréquentation des urgences hospitalières pourrait être prise en charge par d'autres structures 16

2.2 Les raisons du recours excessif aux urgences 17

2.2.1 L'insuffisante régulation et l'insuffisante appréhension du degré relatif d'urgence par la population. 17
2.2.2 L'impossibilité de trouver une réponse en médecine de ville 18
2.2.3 Un déclin important des visites à domicile 20
2.2.4 Une insuffisante médicalisation des EHPAD, alors que les hospitalisations des résidents d'EHPAD passent quatre fois plus par les urgences 20
2.2.5 Une apparence de gratuité par rapport au coût des soins de ville 21

2.3 Ainsi, l'accueil, non médicalement justifié, et par défaut d'une offre alternative, d'une part importante de patients fréquentant les services d'urgence participe des difficultés croissantes de ces derniers 21

3 LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES TROUVE AUJOURD'HUI UNE REPONSE MAIS INSUFFISANTE ET DISPARATE, TANT EN VILLE QU'A L'HOPITAL, DANS DES ORGANISATIONS DE NATURE, DE REPARTITION TERRITORIALE ET D'EFFICACITE TRES DIFFERENTES **23**

3.1 L'offre de soins non programmés est d'abord portée par l'exercice libéral traditionnel 23

3.2 Les maisons de santé pluriprofessionnelles facilitent une organisation efficace par l'exercice coordonné 23

3.3 Les centres de santé, qui contribuent également à la prise en charge des soins non programmés, sont cependant très inégalement répartis sur le territoire 28

3.4 La présence de SOS médecins, surtout dans les grandes agglomérations, peut entraîner un désengagement des autres médecins libéraux 31

3.5 Certaines maisons médicales de garde ouvrent également en journée 32

3.6 Les cliniques privées peuvent aussi disposer de services d'urgence et de services de soins non programmés, avec un taux d'hospitalisation moindre que dans le secteur public, ce qui n'exclut pas un souci de fidélisation de patientèle 32

3.7 Les hôpitaux de proximité s'organisent avec la ville pour la prise en charge des soins non programmés 33

3.8 Les centres de soins non programmés, en recherche de cohérence et de modèle économique 34

4 APPORTER, DANS TOUS LES TERRITOIRES, UNE PREMIERE REPONSE A LA DEMANDE DE SOINS 38

4.1 L'organisation de l'accueil des soins non programmés doit être adaptée à chaque territoire ... 38

4.2 En schéma cible, une structuration souple permettant l'organisation de cette réponse diversifiée à la demande de soins non programmés : la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) 40

4.3 Une contractualisation par l'ARS indispensable à la qualité de la réponse à la demande de soins non programmés 42

4.4 Etendre la régulation téléphonique libérale à toute la journée, avec un numéro unique 46

4.5 La condition de fonctionnement optimal de cette régulation étendue est de pouvoir disposer d'une information numérique en temps réel sur la disponibilité de l'offre de soins non programmés la mieux adaptée 49

4.6 Les conditions du succès 51

4.6.1 Privilégier simplicité et souplesse dans l'organisation de la prise en charge des soins non programmés 51
4.6.2 Mettre en place une meilleure information du public quant au recours pertinent à l'offre de soins 51
4.6.3 Faire du recours à la régulation téléphonique un élément clé, et incité, du parcours de soins, comme pour le médecin traitant 53
4.6.4 Développer les partages de tâches entre médecins et autres professionnels de santé 54
4.6.5 Développer la formation dans les réseaux de soins non programmés 56

4.6.6 Pleinement utiliser les potentialités du numérique 56
4.6.7 Garantir la pérennité économique des organisations de soins non programmés 59
4.6.8 Renforcer les incitations financières à la participation à la prise en charge des soins non programmés 59
4.6.9 Expérimenter la prise en charge par la sécurité sociale des transports nécessaires vers les structures de soins non programmés..... 59

CONCLUSION..... 61

RECOMMANDATIONS..... 62

LETTRE DE MISSION..... 67

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES..... 69

ANNEXE – APPRECIATION, A PARTIR DE L'ENQUETE DE LA DREES, DU TAUX DE PASSAGES AUX URGENCES HOSPITALIERES QUI AURAIT PU FAIRE L'OBJET D'UNE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE..... 82

INTRODUCTION

La question de l'accès aux soins dits « non programmés » est un des enjeux du plan national pour renforcer l'accès territorial aux soins, présenté le 13 octobre 2017 à Châlus (Haute-Vienne) par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé, avec 4 priorités : « Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue » ; « La mise en oeuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances » ; « Une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue » et « Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale. »

Elle se trouve également au cœur de plusieurs des chantiers de la Stratégie de transformation du système de santé (STSS) lancée par la ministre des Solidarités et de la Santé le 9 mars 2018 : « Qualité des soins et pertinence des actes », « Organisation territoriale », « Modes de financement et de régulation », « Numérique », « Ressources humaines et formation ».

L'une des actions du plan du 13 octobre 2017 prévoit le « lancement avant la fin de l'année d'une mission sur les soins non programmés », l'objectif fixé étant de « Garantir une réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets en s'appuyant sur les initiatives professionnelles ». La lettre de mission a été signée par la ministre des Solidarités et de la Santé le 30 novembre 2017[2] .

Il était demandé à la mission de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés.

La mission, qui a bénéficié d'un appui de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et d'une collaboration active des services ministériels, notamment de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), s'est déroulée du 10 janvier au 20 avril 2018. Il a été mené des entretiens avec les représentants de chacune des ARS, réalisé une cinquantaine d'auditions et a veillé à réaliser sept visites de terrain en Ile-de-France, Rhône-Alpes-Auvergne, Grand-Est, Centre-Val-de-Loire, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Conformément à la lettre de mission, et compte tenu par ailleurs du délai imparti relativement bref, je n'ai pas abordé en soi le fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires ni celui des urgences hospitalières mais n'ai pu ignorer les articulations de l'accueil des soins non programmés avec ces dispositifs.

Si les constats et propositions du présent rapport s'appliquent à l'ensemble du territoire, les modalités de leur déclinaison dans les territoires d'outre-mer, qui devront tenir compte de leurs spécificités, n'ont pas été approfondies faute de temps.

[2] Ordre de mission IGAS M 2017-177 du 21 décembre 2017.

Par ailleurs, compte tenu de la spécificité de la demande de soins non programmés en psychiatrie, et pour les mêmes contraintes de délais, je me suis concentré sur les seuls soins somatiques.

Enfin, les réflexions se sont concentrées sur les soins de premier recours relevant des médecins généralistes, mais n'ont pas été étendues aux autres spécialités.

Sur ces bases, le présent rapport fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement. Il propose d'encourager les professionnels de santé, au premier rang desquels les professionnels ambulatoires, à structurer le service public qui leur est confié au plus près des territoires de santé et dans une optique de soins coordonnés et avec le concours actif des agences régionales de santé et des collectivités territoriales. Il vise par ailleurs à proposer un cadre de mesures concrètes, propres à pleinement informer et orienter nos concitoyens sur l'importance d'un recours avisé au segment approprié de l'offre de santé, en fonction des symptômes qu'ils manifestent.

1 L'ECART CROISSANT ENTRE UNE DEMANDE IMPORTANTE DE SOINS NON PROGRAMMES ET L'OFFRE AMBULATOIRE

1.1 Une demande importante de soins non programmés

1.1.1 Une demande de soins non programmés qui correspondrait à 12 % du total des consultations annuelles, concernant deux fois plus les enfants et les jeunes adultes que les personnes âgées, avec des pics en fin de matinée et fin d'après-midi

La dernière étude couvrant à la fois les urgences hospitalières et la réponse de ville à la demande de soins non programmés est celle de la Direction de l'évaluation et des études statistiques (DREES)[3] du ministère de la Santé et des Solidarités réalisée en 2004. Selon cette enquête, le nombre de consultations non programmées en médecine de ville était alors de 35 millions soit 12 % du nombre total de consultations annuelles.

Selon un sondage BVA réalisé en 2015[4], sur les 55 % de personnes interrogées ayant déjà éprouvé des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un médecin, 39 % y étaient confrontées pour des raisons de délais (55 % pour un rendez-vous auprès d'un spécialiste et 27 % auprès d'un généraliste), 14 % en raison du refus du praticien de prendre de nouveaux patients, 10 % en raison du coût trop élevé, 9 % en raison de la distance, et 8 % (notamment des personnes âgées) pour des raisons d'accessibilité du cabinet.

63 % de la demande se concentre sur la journée et 66 % sur la semaine. Cette demande de soins non programmés atteint des pics, en semaine, entre 10 et 11h du matin et entre 19h et 20h.

Il est important de noter que, selon l'article de la DREES de 2007[5], dans 90 % des cas, tant le médecin que le patient validaient *a posteriori* le caractère d'urgence (absolu, relatif) des consultations.

1.1.2 Une demande de soins non programmés poussée par le vieillissement de la population, l'augmentation des polypathologies et maladies chroniques, mais aussi l'aspiration à l'immédiateté

1.1.2.1 Le vieillissement de la population augmente le nombre de patients polypathologiques et chroniques

Selon l'enquête de la DREES de 2013[6], les patients âgés de 75 ans ou plus représentent 12 % des passages aux urgences hospitalières (soit 2 millions de patients), et 17 % des passages de patients

---

[3] DREES, *Etudes et résultats*, n°471, mars 2006, «Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats ».

[4] BVA, sondage « Les Français et les déserts médicaux », pour le Collectifs inter-associatif sur la santé (CISS), Anne-Laure Gallay, Thomas Genty, octobre 2015,

[5] DREES, *Etudes et résultats*, n°607, novembre 2007, « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale ».

[6] *Etudes & résultats n°889* (2014), « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation »

âgés de 15 ans ou plus – alors que ce groupe d'âge ne constitue que 11 % des 15 ans ou plus en population générale ; 44 % de ces patients sont âgés de 85 ans ou plus, contre 32 % en population générale.

La prépondérance de ces profils ne découle donc pas seulement de la croissance de la part des personnes âgées dans la population, mais également de leur profil pathologique particulier, caractérisé par une plus forte prévalence des maladies chroniques et des polypathologies.

Or, selon le scénario central des projections de l'INSEE[7], le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait, à lui seul, de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % en 53 ans. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions.

Ce vieillissement s'accompagne logiquement d'une croissance du nombre de patients atteints de pathologies chroniques. Selon la CNAMTS[8], entre 2015 et 2020, le nombre de personnes atteintes d'une maladie cardio-neuro-vasculaire devrait par exemple grimper de 13 % et passer de 4,5 millions à 5,1 millions de patients, les deux tiers de cette hausse s'expliquant par la seule évolution démographique. D'autres pathologies devraient également connaître de fortes hausses de leurs effectifs au cours de cette période : + 12 % pour le diabète (455 000 patients de plus), + 10 % pour les maladies respiratoires chroniques (340 000 patients de plus), + 11 % pour les maladies psychiatriques (100 000 patients de plus), + 20 % pour les maladies inflammatoires (234 000 patients de plus).

1.1.2.2 Une tendance sociétale valorisant l'immédiateté.

Comme le rappelle le rapport sénatorial de 2017[9], une part de la demande de soins non programmés (dont celle adressée aux services d'urgence) résulte d'une attitude privilégiant la réalisation des consultations et des examens en un même lieu d'une part, et, d'autre part, à une difficulté d'une partie de la population à gérer une angoisse liée à un problème de santé, même bénin.

Comme l'écrit SAMU Urgences de France dans son livre blanc de 2015[10], « La société a profondément évolué. Les patients sont aujourd'hui plus informés, plus avertis et, surtout, plus enclins à éviter tout ce qui peut représenter un risque pour leur santé. Cette disposition d'esprit engendre, naturellement, une demande de soins ou parfois seulement de conseil. »

1.2 Une offre ambulatoire mal répartie et en décroissance

1.2.1 Une répartition très inégale des médecins sur le territoire

Depuis plusieurs années, le nombre global de médecins reste stable mais la part des généralistes diminue et est inférieure depuis dix ans à celle des spécialistes. Au 1er janvier 2017, le Conseil national

---

[7] INSEE, *INSEE Résultats,* « Le scénario central de projections de population 2013-2017 pour la France », 3 novembre 2016.
[8] CNAMTS, *Cartographie médicalisée des dépenses de santé*, 31 mai 2017.
[9] Sénat, Commission des affaires sociales, Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary, *Rapport sur les urgences hospitalières*, 26 juillet 2017.
[10] Livre blanc, « Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. Les propositions de SAMU urgences de France », 2015.

de l'ordre des médecins (CNOM) a recensé 88 137 médecins généralistes, et 84 262 spécialistes médicaux et 24 287 spécialistes chirurgicaux.

Entre 2007 et 2017, le nombre de généralistes a baissé de 9,1 % ; cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025, date à laquelle la France aura perdu encore 8 % de médecins généralistes, et un généraliste sur 6 sur la période 2007-2025.

L'âge moyen des médecins généralistes en France est de 53 ans. La part des médecins ayant 60 ans et plus représente 30 % des médecins généralistes libéraux et mixtes. Celle des moins de 40 ans représente 13,6 %. La population de médecins généralistes vieillit, et se féminise. La part des femmes est passée de 29 % en 2007 à 36 % au 1er janvier 2015. Parmi les médecins de moins de 40 ans, les femmes représentent 60 % des effectifs.

La répartition des professionnels de santé est très inégale sur le territoire. Comme le note la Cour des comptes dans son rapport de 2016 sur l'avenir de l'assurance maladie, en France métropolitaine, l'écart de densité des médecins généralistes libéraux au regard de la population va du simple au double entre départements. La répartition la plus déséquilibrée est toutefois celle des médecins spécialistes pris globalement, pour lesquels l'écart va de 1 à 8. L'écart de densité entre départements se situe dans un rapport de 1 à 7,5 pour les infirmiers et de 1 à 4,5 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les plus fortes inégalités de répartition sont toutefois infra-départementales : les concentrations de professionnels de santé libéraux sont à la fois littorales et urbaines. Les zones en difficulté sont rurales et suburbaines, notamment, pour ce dernier cas, dans les quartiers prioritaires de la ville.

En 2015, selon la DREES, 5,3 millions de personnes, soit 8,1 % de la population française, résident dans une commune dont l'accessibilité est inférieure au seuil de sous-densité retenu[11].

En tenant compte des seuls services d'urgence, SMUR et antennes de SMUR, 860 000 Français cumulent faible accès au médecin généraliste et distance aux services d'urgence. Ils représentent 1,3 % de la population et sont répartis dans 2 800 communes.

Près d'un quart de la population concernée réside dans une commune figurant dans les deux classements.

1.2.2 Des changements profonds dans les choix et les aspirations des jeunes médecins

Les jeunes générations de médecins aspirent à des modes de vie plus proches qu'auparavant du reste de la population : le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) indique que parmi les nouveaux inscrits en 2014 :

- 20,4 % ont fait le choix de l'exercice libéral ;
- 33,4 % sont salariés ;
- 4,3 % ont un exercice mixte ;

[11] 2,5 consultations ou visites accessibles par an et par habitant standardisé.

- 41,9 % sont remplaçants dont 64% en activité régulière.

Les données rétrospectives du CNOM établissent, pour les nouveaux inscrits de 2007 qu'il sont en activité régulière 10 ans après, en 2017, pour 64 %, dont 65,4 % d'entre eux en exercice libéral ou mixte et 35,6 % salariés).

Outre leur plus grand attrait que les générations précédentes pour le salariat et l'exercice groupé, les jeunes médecins cherchent désormais une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle que ce qu'ont pu connaître leurs aînés et donc une moindre amplitude horaire de travail.

1.3 La part des soins non programmés dans l'activité des professionnels de santé

La dernière enquête exhaustive connue sur les soins non programmés en France est une étude DREES datant de 2004. Sur la base d'un questionnaire adressé à un échantillon de médecins, cette étude établissait à 12 % (35 millions de consultations) la part d'activité des généralistes libéraux consacrée aux soins non programmés (cf. *supra*). Alors même que la sociologie et les comportements des médecins ont significativement changé on ne dispose d'aucune évaluation actualisée depuis.

Cependant, selon une enquête de l'URPS Île-de-France de juin 2015 à laquelle 2 822 professionnels, toutes spécialités confondues, ont répondu, 26 % de ces professionnels acceptent des demandes de soins non programmés. Les plus sollicités (6 à 10 demandes par jour) sont les pédiatres et les généralistes. 97 % des demandes se concentrent en fin de journée (entre 18 et 20h). Face à ces demandes, l'attitude des professionnels interrogés se répartit comme suit :

- 54 % des médecins dispensent des conseils téléphoniques et une prise de rendez-vous ultérieure ;
- 29 % orientent le patient vers un confrère de même spécialité ;
- 17 % orientent le patient vers un centre de régulation, comme le Centre 15.

Il faut noter, s'agissant des zones urbaines, que, selon le livre blanc de SAMU – Urgences de France de 2015 précité, 60 % de la demande dans ces zones est absorbée par SOS Médecins.

Dans le même temps, 23 % des médecins interrogés ont plus de trois rendez-vous non honorés par jour, et les médecins répondants estiment perdre en moyenne 40 minutes de consultation par jour. Selon l'URPS médecins libéraux Île-de-France, au niveau national, ce sont 100 millions de rendez-vous qui ne sont pas honorés chaque année.

Une étude de l'URPS Franche-Comté de juin 2014, dont les résultats sont rapportés par *Le Quotidien du Médecin* du 20 novembre 2014, montre que pour 349 praticiens, dont 227 généralistes, 99 % des généralistes et 90 % des spécialistes déclarent accepter de recevoir en urgence des patients (la demande de soins non programmés étant entendue, dans cette enquête, comme une demande sur la demi-journée). Ils gèrent en moyenne 5,4 demandes de consultations non programmées par jour (et même 6,6 pour les généralistes), soit un tiers de leur activité.

Seule une minorité de médecins (4,2 %) rejette toute demande de soins non programmés et un médecin sur dix en accepte plus de dix par jour. Néanmoins, 59 % des professionnels (49 % des spécialistes, 64 % des généralistes) se voient dans l'obligation de refuser les soins en urgence au-delà d'un certain seuil. Toutes spécialités confondues, le nombre moyen de refus pour une prise en charge le jour même est seulement de 1,75 patient par médecin. Les médecins libéraux conseillent au

téléphone en moyenne quatre patients par jour, révèle l'étude (90 % des généralistes sont concernés par cette activité).

L'enquête régionale précise que 46 % des médecins réservent dans leur agenda des plages spécifiques pour l'urgence – ce qui n'empêche pas 42 % d'entre eux de recevoir des patients non programmés supplémentaires en dehors de ces créneaux préférentiels.

Au-delà de ces indications régionales, la DREES indique que la nouvelle enquête auprès de l'échantillon de médecins, programmée pour la fin 2018, prévoit d'intégrer un volet sur les soins non programmés.

2 LES SERVICES D'URGENCE PRENNENT EN CHARGE UNE PART IMPORTANTE DE SOINS NON PROGRAMMES NE RELEVANT PAS DE LEUR MISSION.

2.1 Une part de la fréquentation des urgences hospitalières pourrait être prise en charge par d'autres structures

Plusieurs études et rapports[12] ont d'ores et déjà montré, chiffres à l'appui, qu'une des raisons de l'embolisation des services d'urgence et de la démotivation des urgentistes réside dans la part importante de patientèle de ces services qui aurait pu être prise en charge en dehors des services d'urgence.

Le nombre de passages dans les services d'urgence est passé de 7 millions en 1990 à plus de 20 millions en 2015. Parallèlement, la proportion d'hospitalisations après passage dans les services d'urgence, supérieure à 30 % en 1990, s'est abaissée aux environs de 20 % et reste stable depuis de nombreuses années. Les cas graves représentent environ 10 % des admissions dans les structures d'urgence, dont la moitié relève des urgences vitales. La traumatologie représente entre 35 et 40 % des admissions. Les passages dans les services d'urgence sont essentiellement diurnes : 75 % ont lieu entre 8h et 20h, contre 25 % entre 20h et 8h, et 10 % entre 0h et 8h.

Selon l'enquête nationale[13] réalisée par la DREES sur une période de 24h en 2013, il ressort notamment que :

- la situation qui conduisait les personnes à se présenter aux urgences avait débuté le jour même pour 53 % d'entre eux, et remontait à plusieurs jours pour 29 % ;
- les personnes venaient directement de leur domicile dans 65 % des cas, de la voie publique, de leur lieu de travail ou de l'école pour les enfants pour 19 % ; elles étaient arrivées aux urgences par leurs propres moyens ou grâce au véhicule d'un tiers dans 68 % des cas.

Selon l'OCDE, le taux de patients inappropriés aux urgences est de 12 % aux Etats-Unis, 20 % en France et en Italie, 25 % au Canada, 31 % au Portugal, 32 % en Australie et 56 % en Belgique[14]. 20 % est aussi l'ordre de grandeur retenu par la Cour des comptes.

La dernière estimation des passages inappropriés aux urgences hospitalières est contenue dans l'enquête DREES de 2013, et n'a pas encore fait l'objet d'une publication sur ce point : selon ces résultats, dont la méthodologie et les limites (notamment, il s'agit d'une appréciation *a posteriori* sur la situation du patient, et non de son ressenti) : la proportion serait évaluée à 43 % des cas (29 % auraient justifié d'une simple consultation chez le généraliste, 6 % d'une consultation chez le généraliste suivie d'un examen, et 8 % auraient justifié d'une consultation d'un spécialiste – cf. détail en annexe).

En outre, l'enquête de la DREES de 2013 a mis en lumière que 48 % des patients passent moins de deux heures aux urgences.

---

[12] Op. cit.. notamment Jean-Yvesmar, Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, juillet 2015.
[13] Boisguérin et al. 2014 et 2015 et *Etudes & résultats n°889* (2014), « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation »
[14] Berchet, C. and C. Nader (2016), "The organisation of out-of¬hours primary care in OECD countries", OECD Health Working Papers, No. 89, OECD Publishing, Paris

Dans son rapport de novembre 2017 sur l'avenir de l'assurance maladie, la Cour des comptes propose un chiffrage du surcoût lié aux passages non justifiés aux urgences : « Alors que l'afflux dans les services ne cesse de croître pour des motifs qui ne le justifient pas », « estimés par l'OCDE entre 15 et 56 % du total », « la Cour a cherché à apprécier les coûts générés par des passages aux urgences évitables en l'absence d'expertise approfondie récente sur leur pertinence médicale. Les montants financiers en jeu ainsi approchés sont compris entre 654 M€[15] et 1,2 Md€[16] en 2015 en termes de dépenses hospitalières, à comparer à un coût de la prise en charge par des professionnels libéraux compris entre 434 M€ et 800,7 M€[17] ».

Mais au-delà de cette comparaison, l'estimation financière d'une modification du recours aux urgences et d'un report sur la médecine de ville doit prendre en compte également le mode de financement des urgences, qui repose sur un coût moyen : si moins de cas légers sont pris en charge aux urgences, alors les cas restants doivent être davantage financés pour maintenir l'équilibre financier de l'hôpital.

Ainsi, la DGOS estime que la prise en charge de 3,6 millions de patients par des généralistes libéraux plutôt qu'aux urgences pourrait engendrer une économie de l'ordre de 50 M€ (correspondant à 1/5e des passages aux urgences).

2.2 Les raisons du recours excessif aux urgences

2.2.1 L'insuffisante régulation et l'insuffisante appréhension du degré relatif d'urgence par la population.

Selon l'enquête[18] de la DREES de 2013, 62 % des patients décident de se rendre dans un service d'urgence de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche ; 24 % viennent sur le conseil d'un médecin (traitant ou autre) et 15 % sur le conseil du SAMU ou des sapeurs-pompiers. Selon la même enquête, pour 27 % de la fréquentation des urgences, celle-ci était liée à un besoin ressenti de règlement rapide du problème.

Une enquête TNS-SOFRES de 2014 sur l'accès aux soins non programmés en Île-de-France[19] avait ainsi mis en évidence que plus d'un Francilien sur deux (54 % des personnes interrogées) ne savait pas quelle était la conduite à tenir en cas de problème de santé imprévu. Il est apparu lors de plusieurs entretiens avec les professionnels de santé sur le terrain, que les patients pouvaient être souvent peu au fait du fonctionnement des centres de santé et des maisons médicales de garde.

---

[15] « Estimation basse obtenue en appliquant au nombre de passages aux urgences enregistrés en 2015 le pourcentage de recours pertinent issu de l'enquête nationale sur les urgences de la DREES, multiplié par le coût moyen d'un passage non suivi d'hospitalisation. Selon cette enquête, sur les 52 018 passages aux urgences enregistrés, le 11 juin 2013, seuls 46,6% étaient médicalement justifiés. »

[16] « Estimation haute obtenue par la multiplication du coût d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation (78 € en moyenne selon l'ATIH, hors forfait annuel et frais de transport sanitaire) par le nombre de passages sans hospitalisation, enregistrés en 2015 ».

[17] « Nombre de passages non suivis d'hospitalisation, multiplié par le coût d'une consultation chez le médecin généraliste avec une moyenne des majorations pour urgence (acte de nuit à 35 € et urgence à 22,6 €) pour la fourchette haute et nombre d'hospitalisations non pertinentes estimé à partir de l'enquête de la DREES de 2013 pour la fourchette basse ».

[18] *Etudes & résultats n°889* (2014), « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation »

[19] Étude TNS-Sofres pour l'ARS Ile-de-France, « Utilisation et perception de l'offre de soins non programmés », janvier 2014.

La même étude avait mis en évidence une importante méconnaissance du fonctionnement de la régulation médicale, 66 % des personnes interrogées estimant que le numéro 15 était réservé aux cas les plus graves.

La facilité de pouvoir réaliser sur un même site non seulement la consultation mais également les examens, voire l'adressage à un spécialiste, sont des points clés. Selon l'enquête DREES de 2013[20], 23 % des personnes accueillies aux urgences hospitalières motivaient leur venue par la possibilité de réaliser des examens complémentaires, et 12 % par la possibilité de consulter un médecin spécialiste.

2.2.2 L'impossibilité de trouver une réponse en médecine de ville

2.2.2.1 L'accessibilité géographique

C'est un critère important en zone sous-dense. 22 % des personnes accueillies aux urgences motivaient leur choix, en 2013, par l'accessibilité géographique.

2.2.2.2 Les difficultés d'obtenir un rendez-vous en cabinet

L'enquête DREES de 2013 souligne que 6 % des personnes interrogées se rendent aux urgences du fait de l'absence du médecin traitant, et 5 % du fait de l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires. Selon le sondage SOFRES réalisé en octobre 2015 déjà cité, 55 % des personnes interrogées auraient déjà éprouvé une difficulté à obtenir un rendez-vous médical dans un délai raisonnable : lorsque les Français sont dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical, ils cherchent en majorité (28 %) à se tourner vers un autre professionnel de santé (pharmacien ou autre spécialité médicale) ou bien à consulter quelqu'un de plus éloigné géographiquement (27 %), 20 % vont aux urgences hospitalières, 15 % renoncent aux soins et 10 % ont recours à l'automédication.

Selon le rapport sénatorial de 2017, « l'association SOS Médecins, dont le cœur de métier résidait traditionnellement dans les prises en charge complémentaires de celles du médecin traitant, c'est-à-dire le soir et le week-end, a enfin indiqué que son activité tendait de plus en plus à se déployer en continu pour faire face à l'accroissement de la demande de soins non programmés. Les pics d'appel interviennent ainsi entre 8 heures et 10 heures et entre 17 heures et 20 heures – soit avant et après les journées de travail, mais aux horaires d'ouverture des cabinets libéraux. Au total, l'activité de continuité des soins de l'association a augmenté de 35 % sur les quatre dernières années. »

[20] *Etudes & résultats n°889* (2014), « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation »

Les majorations prévues par la dernière convention médicale sont d'application trop récente pour pouvoir être évaluées, et elles reposent sur le rôle du médecin traitant

Face à cette situation, la convention médicale du 25 août 2016 (qui comprend notamment la revalorisation du tarif de la consultation de référence pour les médecins généralistes de 23 à 25 €), prévoit également plusieurs mesures en lien avec l'organisation des soins primaires et l'amélioration de l'accès aux soins non programmés :

- une majoration incitant à la prise en charge des patients en ville sans délai pour les médecins qui adressent (médecin traitant : majoration MUT de 5€) et reçoivent (spécialiste en secteur 1, majoration MCU de 15 €) ces patients sous 48 heures) ;

- une majoration (MUT, 15 €) pour les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale - urgente (centre 15 ou 116-117) ;

- une revalorisation de la consultation coordonnée à 30 € (dans le cadre du parcours de soins et avec retour vers le médecin traitant) ;

- une majoration de régulation (MRT) de 15 € pour le médecin traitant ;

- un forfait structure ouvert à tous pour inciter à la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles au sein des cabinets médicaux ;

- une augmentation de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) ;

- des mesures d'aide à l'installation[21].

D'après le 1er bilan dressé par les partenaires conventionnels réunis en commission paritaire nationale en avril 2018[22] : depuis le 1er janvier 2018, 11 512 majorations d'urgence pour les médecins traitants (MUT, 5€) ont été réalisées, 20 369 majorations de médecins spécialistes correspondants (MCU, 15 €) et seulement 911 majorations de régulation (MRT, 15 €).

Il est donc trop tôt pour apprécier le succès de ces dispositifs incitatifs auprès des médecins.

[21] Ainsi notamment que des mesures d'aide à l'installation : contrats d'aide à l'installation des médecins (CAIM, prévoyant une aide de 50 000 € pour une installation en zone fragile, en CPTS ou exercice collectif, aux tarifs conventionnés, avec une activité de 4 jours par semaine), pendant au moins 5 ans et en participant à la permanence des soins ; contrats de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM – aide de 5 000 € par an pour une installation en zone fragile, en CPTS ou exercice collectif, pour 3 ans), contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM – aide annuelle de 10 % des honoraires réalisés en zone fragile dans la limite de 20 000 € par an, en exerçant au moins 10 jours par an en zone fragile), contrat de transition (COTRAM – aide annuelle de 10 % des honoraires de l'activité conventionnée, dans la limite de 24 000 € par an, des médecins de plus de 60 ans en zone fragile qui accueillent un médecin de moins de 50 ans pour préparer leur cessation d'activité). Au 31 décembre 2017, 285 médecins ont adhéré au CAIM, 379 au COSCOM, 21 au COTRAM, 28 au CSTM

[22] Chiffres cités par *Le Quotidien du Médecin*.

2.2.3 Un déclin important des visites à domicile

Selon la DREES, la part des visites dans le nombre total d'actes pratiqués par les médecins libéraux est en diminution régulière et marquée depuis une dizaine d'années : elles représentaient 14 % de leur activité en 2005, 12 % en 2010[23], et 10 % en 2013[24]. Ces moyennes masquent cependant d'importantes disparités selon les praticiens et leur zone d'exercice : un médecin sur cinq consacre moins de 2 % de son activité de consultation aux visites, tandis que celles-ci représentent plus de 20 % de leurs consultations pour 14 % des médecins.

Pourtant, la permanence d'un recours aux associations de permanence de soins effectuant des déplacements à domicile, comme SOS Médecins, tend à démontrer que les patients continuent d'être demandeurs de visites – surtout dans le contexte d'un développement croissant des prises en charge ambulatoires et de la prolongation du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, qui ont pour contrepartie un accroissement du besoin de suivi à domicile.

D'après les chiffres transmis par la CNAMTS à la commission paritaire nationale (CPN) d'avril 2018, 11 millions de visites à domicile (VG, 35 € en incluant la majoration de déplacement) ont été faites par les généralistes ; et 64 000 visites longues (VL, 70 €) ont été cotées entre novembre 2017 et février 2018.

2.2.4 Une insuffisante médicalisation des EHPAD, alors que les hospitalisations des résidents d'EHPAD passent quatre fois plus par les urgences

Le rapport sénatorial de 2017 rappelle l'existence d'un sur-recours aux urgences pour les personnes âgées hébergées en EHPAD. Le rapport charges et produits de la CNAMTS pour 2017 relève ainsi que, « au-delà d'un recours ponctuel, les urgences constituent également le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour [les résidents des EHPAD]. En effet, lorsqu'une hospitalisation survient chez un résident en EHPAD, quel que soit son âge, elle se fait par le biais des urgences dans 64 % des cas. À titre de comparaison, ce pourcentage est de 45,6 % pour l'ensemble des personnes âgées de 80 ans et plus, et de 15 % dans la tranche d'âge 30-70 ans, en population générale ».

Or, et alors même qu'en général, les EHPAD ne disposent pas de médecin permanent, le médecin coordonnateur de ces établissements ne peut, aux termes du décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011, prescrire qu'en cas d' « urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs ». Une interprétation restrictive de ces dispositions peut amener les EHPAD à transférer leurs résidents aux urgences pour des soins ne le justifiant pas[25].

La prise en charge des soins non programmés dans ces établissements, évitant le recours aux urgences, pourrait être facilitée également par une présence médicale accrue notamment en fin de journée, par la création d'emplois de médecins salariés mutualisés entre plusieurs EHPAD comme le

---

[23] DREES, Les emplois du temps des médecins généralistes, Études et résultats n° 797, mars 2012.
[24] DREES, Portrait des professionnels de santé, édition 2016.
[25] Au-delà, et comme l'indique le rapport d'appui de l'IGAS d'avril 2018 sur les conditions de déploiement et les conséquences financières de la réforme de la tarification des EHPAD, « Cette thématique renvoie à la question du médecin coordonnateur et à son pouvoir de prescription. Elle a d'ores et déjà été posée par la ministre des Solidarités et de la Santé. Les mesures qui permettront de renforcer le rôle du coordonnateur dans la prise en charge médicale des résidents, notamment sa capacité à prescrire, sont clairement de nature à faciliter l'organisation interne des EHPAD et améliorer l'accompagnement des résidents. Ce sont des mesures attendues et importantes. »

propose la FNAPEDA[26] et, comme le proposent tant le rapport de la mission d'appui sur la réforme de la tarification des EHPAD que la FNAPEDA, par le renforcement des effectifs des infirmiers d'astreinte de nuit, mais il est vrai que de telles propositions dépassent le strict cadre des soins non programmés.

2.2.5 Une apparence de gratuité par rapport au coût des soins de ville

Les urgences hospitalières sont davantage le recours des catégories socio-professionnelles les plus modestes, alors que les dispositifs de ville sont plus sollicités par les catégories les plus aisées.

Du point de vue du patient, le tiers payant et l'absence de facturation sur place, qui sont la pratique générale aujourd'hui, donnent l'impression qu'un passage aux urgences est gratuit, au contraire d'un parcours de soins en ville – même s'il faut noter que seuls 2 % des personnes interrogées par la DREES en 2013 motivaient leur choix des urgences par la gratuité.

L'application du tiers payant intégral (pour la part couverte par l'assurance-maladie obligatoire et le cas échéant complémentaire) est, de droit et de fait aujourd'hui systématique dans les services d'urgence hospitaliers alors qu'elle n'est pas systématique en médecine de ville, n'étant obligatoire que dans cinq cas prévus par la loi (accidents du travail, CMU complémentaire, aide à la complémentaire santé, soins en rapport avec une affection de longue durée et soins de maternité).

Ainsi, chez un médecin généraliste, au cabinet, à la consultation simple à 25 €, peut s'ajouter la majoration de soirée et début de matinée (20h-minuit et 6h-8h) de 35 € ou de nuit (minuit-6h) de 40 €, et celle de jour férié (19,06 €). Avec une majoration de visite (appliquée notamment par SOS Médecins), ces trois majorations passent à 38,50 €, 43,50 € et 22,60 €. La consultation passe à 51,76 € en cas de suture simple (3 à 10 cm) et à 37,26 € en cas d'électrocardiogramme. Les coûts d'imagerie, de biologie, viennent en sus, ainsi que les délais, trajets et difficultés supplémentaires pour prendre rendez-vous, et obtenir les résultats.

A l'opposé, aux urgences, la facturation retardée et la prise en charge par les complémentaires pourront, dans l'organisation actuelle, aboutir à ce qu'aucune somme ne soit demandée au patient, ni lors du passage aux urgences, ni après.

2.3 Ainsi, l'accueil, non médicalement justifié, et par défaut d'une offre alternative, d'une part importante de patients fréquentant les services d'urgence participe des difficultés croissantes de ces derniers

La part importante de fréquentation inapropriée des services d'urgence participe de la difficulté de ces services à remplir leur mission. Les représentants des urgentistes auditionnés ont, certes, insisté sur la difficulté majeure que constitue à leurs yeux l'insuffisance de lits d'aval pour les patients le justifiant ; ainsi, l'enquête de 2013 de la DREES soulignait que la moitié des patients hospitalisés en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) l'était sur des brancards et que, dans 20 % des cas d'hospitalisation, plusieurs appels avaient été nécessaires pour trouver une place d'hospitalisation.

Pour autant, on ne saurait méconnaître l'importance des conséquences de la fréquentation inappropriée des services d'urgence dans leurs difficultés de fonctionnement : même si le temps

[26] Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées.

médical nécessaire à l'examen des patients souffrant de problèmes ne justifiant pas en eux-mêmes un recours aux urgences est limité par patient, l'importance du flux implique in fine une consommation de temps médical et paramédical non négligeable.

Même si, selon l'étude de la DREES de 2013, 36,5 % des services d'urgence avaient mis en place des circuits courts (ou « *fast tracks* ») permettant à des urgentistes ou à des généralistes exerçant à temps partiel à l'hôpital de prendre en charge ce type de soins, de tels circuits nécessitent en tout état de cause une consommation de ressources qui pourrait être allouée de façon plus optimale (20 % des patients attendent plus de 4 heures aux urgences alors que leur situation peut nécessiter un examen plus rapide), et l'allocation de locaux dédiés à ces circuits courts se fait au détriment des autres locaux des services.

Le circuit court (fast track) aux urgences de Bichat (Paris)

En 2017, les urgences de l'hôpital Bichat ont accueilli 85 000 passages contre 50 000 dix ans auparavant.

Le service a résolument choisi d'accueillir toute demande d'urgence ressentie, quel que soit son niveau de gravité médicale, compte tenu du déficit de démographie médicale dans la zone avoisinante. Il indique que le travail qu'il a réalisé sur sa qualité de service a permis de réduire la durée de passage aux urgences à 3 heures.

La filière courte qu'il a mise en place accueille 15 % des passages, et n'aboutit à une hospitalisation que dans 2,5 % des cas. Elle est gérée par des médecins urgentistes dans un espace dédié. Par rapport à une consultation chez le généraliste, la filière présente l'intérêt de permettre la réalisation d'examens d'imagerie et de biologie.

Le service met en avant son rôle de santé publique par exemple dans la proposition systématique de vaccin contre la grippe lors de chacun des passages.

Enfin, la prise en charge de soins ne relevant pas de l'urgence médicale par les services d'urgence, non seulement consomme une ressource rare qu'est le temps d'urgentistes qui seront de moins en moins nombreux, mais, au surplus, peut être contre-productive en termes de consommation de soins et d'examens. La formation d'un urgentiste l'amène à soupçonner des pathologies graves alors que, pour les mêmes symptômes, le généraliste est formé à adopter la démarche inverse débutant par le traitement de pathologies bénignes pour aller ensuite vers le plus grave.

Certains interlocuteurs ont, lors des visites dans les services d'urgence, reconnu qu'une fois le patient présent aux urgences, une auto-justification de sa prise en charge peut amener l'équipe soignante à lui faire réaliser des examens qui n'auraient pas, dans d'autres circonstances, été considérés comme nécessaires.

3 LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES TROUVE AUJOURD'HUI UNE REPONSE MAIS INSUFFISANTE ET DISPARATE, TANT EN VILLE QU'A L'HOPITAL, DANS DES ORGANISATIONS DE NATURE, DE REPARTITION TERRITORIALE ET D'EFFICACITE TRES DIFFERENTES

3.1 L'offre de soins non programmés est d'abord portée par l'exercice libéral traditionnel

Les médecins généralistes libéraux, exerçant de manière isolée ou regroupée, prennent en charge une partie de la demande de soins non programmés, dès lors que celle-ci est sollicitée par leur patientèle habituelle. Comme rappelé par les médecins généralistes rencontrés lors des auditions, **c'est une des responsabilités essentielles de la médecine générale de gérer simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.**

La gestion de la journée de consultations est très variable d'un médecin à l'autre, certains préférant consacrer la fin des demi-journées aux demandes non prévues, d'autres préférant recevoir ces patients au fur et à mesure (cf. *infra* l'exemple des MSP Lahire à Paris, et Isigny-sur-Mer dans le Calvados).

La prise en charge est d'autant plus facilitée que le médecin est installé en exercice regroupé : la présence d'un secrétariat joignable, voire présent physiquement dans le cabinet, facilite la prise en charge non programmée ; les secrétaires médicaux peuvent en effet effectuer un premier tri et prioriser les demandes.

Les médecins généralistes rencontrés lors des déplacements ou des auditions n'expriment pas de difficulté à orienter leurs patients vers des médecins biologistes ou des radiologues, dès lors qu'un réseau informel s'est tissé entre ces professionnels. L'habitude de travailler avec un cabinet de radiologie ou un laboratoire de biologie médicale est souvent ancrée de manière ancienne, sans réunion ni projet de santé formalisé.

Par ailleurs, la proximité d'installation n'est pas un gage d'échanges professionnels, il n'est pas rare que des professionnels d'un même territoire ne se connaissent pas.

3.2 Les maisons de santé pluriprofessionnelles facilitent une organisation efficace par l'exercice coordonné

Les maisons de santé pluriprofessionnelles[27] (MSP) regroupent des professionnels de santé de premier recours désireux de mettre en place un exercice coordonné au sein d'une même structure (localisée physiquement sur un ou plusieurs sites), basé sur un projet de santé et des règles communes.

[27] Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont définies dans l'article L.6323-3 du code de la santé publique, après avoir été introduites par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008

Conformément à l'engagement pris par le Président de la République, le plan gouvernemental pour l'accès aux soins prévoit de doubler le nombre de MSP d'ici cinq ans, et d'augmenter le nombre de maisons de santé bénéficiant des nouvelles rémunérations en équipe.

En 2017, l'observatoire des recompositions de l'offre de soins de la DGOS estime à 910 le nombre de MSP. En intégrant les projets de MSP sélectionnés, la France compte près de 1 244 MSP.

Cependant, il est difficile de comptabiliser précisément le nombre de MSP. Les données de l'observatoire de la recomposition de l'offre de soins sont issues de la base FINESS (INSEE) et des compléments apportés par les ARS, la CNAMTS et le CGET. Les professionnels des MSP contribuent également à l'enrichissement de la base. Cette collecte de données nécessite d'être affinée, car elle se fonde sur le dénombrement des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) ; une campagne de fiabilisation sera lancée prochainement.

Entre 2009 et 2014, une expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération (NMR) a testé des modes de rémunération complémentaires au paiement à l'acte, afin notamment de financer la coordination au sein des structures d'exercice coordonné. Un règlement arbitral puis l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) de juillet 2017 ont généralisé ces nouveaux modes de rémunération. Les structures pluriprofessionnelles concluent alors pour 5 ans un contrat tripartite avec l'ARS et la CPAM. Deux conditions sont requises afin d'être éligible à ce dispositif : élaborer un projet de santé et se constituer en SISA.

Force est de constater qu'aujourd'hui près d'une MSP sur deux n'a pas sollicité de financement complémentaire auprès de la CPAM : parmi les 910 MSP fonctionnelles en 2017, 538 souscrivent à l'ACI et donc aux nouveaux modes de rémunération.

Le déclenchement de la rémunération de l'ACI est conditionné au respect d'engagements socles définis comme des prérequis (horaires d'ouverture et soins non programmés, fonction de coordination et système d'information standard). Ainsi, l'accès aux soins non programmés constitue un prérequis. Précisément, les professionnels de santé de la structure doivent s'organiser « pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés, par la disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique), par la possibilité de consultations dans la journée (plages horaires dédiées pour chaque professionnel, journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure, etc.). »

La prise en charge des soins non programmés est donc organisée au sein des MSP ayant souscrits à l'ACI. Pour certaines MSP, cette prise en charge constitue un enjeu de structuration et une porte d'entrée vers une réorganisation des moyens humains et techniques affectés.

Le Pôle de santé libéral et ambulatoire d'Isigny-sur-Mer

Isigny-sur-Mer est un bourg du Calvados (14), limitrophe du département de la Manche (50). Grâce en particulier à un « leader » médical, salué par les différents témoignages recueillis sur place, et qui a porté le projet de santé depuis 2008, le pôle de santé libéral et ambulatoire a été inauguré en 2014.

Le pôle s'est progressivement étoffé et compte aujourd'hui cinq médecins et 14 autres professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, orthophoniste, infirmiers, interne en médecine générale, etc.), regroupés physiquement au sein d'une même structure au statut SISA.

Le projet de santé est partagé par les centres médico-psychologique (CMP) et médico-psycho-pédagogique (CMPP) proches. La protection médicale et infantile (PMI) est un partenaire non formalisé du pôle, tout comme la pharmacie de la commune. Le pôle et la pharmacie ont des projets communs, comme le programme PAERPA de la CNAMTS.

Le pôle est soutenu par l'intercommunalité qui participe au financement du poste de coordinatrice du pôle (50 %), l'autre moitié étant financée par la SISA. La SISA permet également de financer la formation d'une infirmière en éducation thérapeutique.

Au sein de ce pôle, les médecins se sont organisés pour prendre en charge les soins non programmés. Quatre matinées sont dédiées aux consultations libres. En plus, six créneaux libres sont réservés dans la journée (trois le matin et trois l'après-midi). Cette activité non programmée est importante, une quinzaine de patients se présentant par matinée.

Par ailleurs, tous les médecins du pôle réalisent des visites à domicile. Un secrétariat à distance régule ces demandes.

D'après les professionnels du pôle, cette organisation est suffisante pour répondre à la demande de soins non programmés. Une limite apparaît cependant : certains patients se présentant à ces créneaux ne relèvent pas d'une prise en charge immédiate, mais de soins programmables, ce qui atténue alors l'intérêt d'une telle organisation.

A noter : les consultations non programmées ne sont pas réservées aux seuls patients habituellement soignés dans le pôle.

La maison de santé pluriprofessionnelle du Véron à Avoine

La MSP du Véron, située au sein du village d'Avoine en Indre-et-Loire (37), et dont la mission a rencontré l'équipe, est un exemple de maturité d'organisation coordonnée.

Ouverte en 2010, la MSP médicale du Véron est composée de sept médecins maitres de stages universitaires, et de trois internes. Une trentaine d'autres professionnels de santé travaillent au sein de la MSP (infirmiers, dentistes, sage-femme, masseurs-kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, etc.), ainsi que quatre secrétaires.

La MSP répond aux besoins d'un bassin de vie de 9 000 personnes.

La prise en charge des soins non programmés s'est organisée en deux temps.

D'abord, l'équipe a construit des instructions (*guidelines*) à destination des secrétaires, consacré des plages horaires de soins non programmés, et informé les usagers de cette organisation.

Cependant, des limites sont apparues :

– un manque de visibilité et de compréhension des usagers car les consultations non programmées s'effectuaient au sein des mêmes cabinets qu'habituellement (demande de renouvellement d'ordonnance, etc.) ;

- pour les praticiens, il était difficile de respecter les créneaux dédiés aux soins non programmés et de se concentrer sur cette seule activité ;

- les secrétaires rencontraient également des difficultés à gérer les flux de patients et à expliquer ce fonctionnement, notamment aux patients de passage.

Fort de ces constats, une nouvelle organisation a été pensée et mise en place :

– le secrétariat exerce une régulation renforcée, avec des lignes directrices simple, prenant notamment en compte la disponibilité du médecin traitant du patient ;

– un lieu est dédié aux soins non programmés, avec une salle d'attente et des salles de consultation spécifiques, aménagé de manière opérationnelle ;

– des plages horaires larges par demi-journées sont instituées, gérées par les médecins de la MSP et non par les internes, sur un roulement programmé en amont ;

– le temps de consultation est optimisé en déléguant l'administratif au secrétariat (renforcé d'une personne) ;

– des messages d'éducation à la santé sont donnés aux patients.

Cette organisation, réfléchie collectivement, semble plébiscitée par les médecins, les secrétaires et les patients.

La maison de santé pluriprofessionnelle Lahire, à Paris dans le 13e arrondissement

Le sud du 13e arrondissement de Paris est un territoire dense à forte mixité sociale, comptant de nombreux praticiens mais présentant des difficultés d'accès aux libéraux de premiers recours en secteur 1, et une forte présence hospitalière et hospitalo-universitaire.

Le cabinet médical Lahire s'est créé en 2007 à partir de la fusion de deux cabinets, puis a évolué en MSP en 2017. Il comporte sept médecins, cinq infirmières libérales dont une infirmière Asalée et trois internes en médecine.

Deux autres MSP ont été créées dans le sud du 13ème arrondissement : une porte d'Ivry en 2016 et une porte de Vitry en 2018. Une troisième est prévue près du boulevard périphérique en 2019. Au total, elles représentent 15 médecins primo-installés, démontrant une réelle attractivité pour les jeunes médecins ; elles partagent le même logiciel de dossier médical, et utilisent toutes Doctolib, qui, « du jour au lendemain » témoignent les médecins interrogés, a rempli leurs agendas et au-delà.

Le Dr Hector Falcoff indique prévoir, par heure, deux rendez-vous et une place pour un soin non programmé, et prendre des patients supplémentaires au point d'avoir régulièrement une heure et demie supplémentaire d'activité en fin de journée ; le problème majeur reste pour lui la personne âgée à domicile, dans un contexte où de plus en plus de médecins généralistes libéraux ne font plus de visites.

La MSP Lahire s'appuie sur un centre d'imagerie voisin, sans formaliser le partenariat, et aussi sur l'hôpital privé des Peupliers, voisin, pour la petite orthopédie et la radiologie (disponible de 8h à 22h voire minuit).

L'équipe médicale souligne que devrait être mis en place une ligne directe d'appel à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), dédiée à la médecine de ville, alors qu'aujourd'hui il reste très difficile pour le médecin traitant de savoir à quel spécialiste hospitalier adresser un patient et d'avoir un rendez-vous dans un délai raisonnable.

L'assistante de la MSP Lahire explique le contenu de son rôle de coordination (pour lequel elle suit une formation complémentaire), qui inclut la gestion des emplois du temps, des remplacements, des contrats, des réunions (avec rédaction des comptes-rendus), l'accès à tous les dossiers patients, le contact avec les patients au téléphone pour évaluer leur situation, le degré d'urgence, et faire le lien avec les rendez-vous précédents. Le rôle d'assistant dans une MSP constitue, de fait, un nouveau métier.

La maison de santé régionale de Malpassé dans les quartiers nord de Marseille

Née en 2013 de l'initiative d'un groupe de médecins libéraux, cette structure n'a, à l'époque, pas obtenu l'aide de l'ARS ; le conseil régional a financé l'acquisition de mobiliers. Située dans un quartier sensible de Marseille, la maison de santé régionale (MSR) est la seule structure libérale du 13ème arrondissement de cette ville (80 000 habitants, sur les 860 000 hab. de la commune de Marseille et les 1,6 M hab. de l'agglomération) à être ouverte après 20h. Elle draine, au-delà de l'arrondissement, un bassin de 200 000 habitants. La règle est que les professionnels qui y exercent, généralistes et spécialistes compris, ne facturent qu'en tarifs opposables et pratiquent le tiers payant.

La structure comprend trois pôles :

- un pôle de 5 généralistes exerçant de 8h à 19h tant en programmé qu'en non programmé ;

- un pôle de PDSA fonctionnant de 20h à minuit en semaine, de 14h à minuit le samedi et 9h à minuit le dimanche et les jours fériés ;

- un pôle de spécialistes, avec 10 infirmières, comprenant également un ostéopathe, une diététicienne et un pôle psychologique.

Compte tenu de l'importance que joue la structure dans l'accès aux soins et leur continuité, l'ARS l'accompagne aujourd'hui administrativement pour l'amener à remplir les critères d'adhésion à l'ACI des MSP ce qui devrait lui permettre de bénéficier des financements afférents.

3.3 Les centres de santé, qui contribuent également à la prise en charge des soins non programmés, sont cependant très inégalement répartis sur le territoire

Les centres de santé[28] participent aux soins ambulatoires de proximité. Ils se caractérisent par leur utilité sociale, et un mode d'exercice groupé de personnels médicaux et paramédicaux salariés.

La patientèle est plus précaire, les soins sont effectués en secteur 1, et le tiers-payant est souvent proposé sur la part complémentaire. Des actions de prévention, d'éducation thérapeutique et l'aide à l'ouverture de droits peuvent être réalisées.

Un quart des centres de santé propose des consultations de médecine générale : les centres pluri-professionnels, les centres médicaux et les centres polyvalents représentent respectivement 21,1 %, 6,6 % et 2,6 % des centres de santé. Les centres « polyvalents » sont des centres où n'exercent pas d'auxiliaire médical. L'autre part des centres de santé est spécialisée en soins dentaires (40,6 %) et en soins infirmiers (29,1 %).

[28] Les centres de santé sont définis par l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique.

Le centre de santé Jean Goullard à Vaulx-en-Velins

Le centre de santé Jean Goullard de Vaulx-en-Velins (Rhône), porté par la Fondation dispensaire général de Lyon (FDGL), réalise près de 20 000 consultations en médecine générale et spécialiste par an.

Son équilibre financier est fragile, et repose sur une forte activité de radiologie, et sur la tarification des soins dentaires, plus favorable.

Le bâtiment a bénéficié de subventions de l'Agence nationale de la rénovation urbaine (ANRU), du conseil régional, du conseil départemental, de la ville de Lyon et de la ville de Vaulx-en-Velins.

Le centre de santé compte 16 médecins et 5 secrétaires pour le service médecine, 5 dentistes, 3 orthodontistes, 1 stomatologue, 9 assistantes dentaires, 4 secrétaires, pour le service dentaire, 6 radiologues, 2 échographistes, 6 secrétaires, 6 manipulateurs pour le service radiologie-IRM. Ses fonctions supports sont mutualisées avec d'autres services (centres de santé SSIAD…) dépendant également de la FDGL, qui réalisent au total plus de 220 000 consultations et emploie 250 personnes dont un tiers de médecins.

Les centres de santé sont inégalement répartis : cinq régions concentrent plus de 60 % des centres de santé. Il s'agit de l'Ile-de-France, l'Auvergne-Rhône-Alpes, la région Grand Est, les Hauts-de-France et l'Occitanie. Ces spécificités tiennent à l'histoire des centres de santé, à forte vocation sanitaire et sociale.

Régions	Centres médicaux dotés de médecins généralistes	Centres polyvalents dotés de médecins généralistes	Centres pluriprofessionnels dotés de médecins généralistes	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	11	2	22	35
Bourgogne-Franche-Comté	7	0	8	15
Bretagne	2	1	2	5
Centre-Val-de-Loire	4	1	0	5
Corse	0	0	0	0
Grand Est	10	4	42	56
Hauts-de-France	0	2	54	56
Ile-de-France	20	16	143	179
Normandie	1	0	3	4
Nouvelle Aquitaine	4	0	5	9
Occitanie	5	1	20	26
Pays de la Loire	9	1	2	12
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4	4	17	25
Guadeloupe	0	0	2	2
Guyane	0	0	0	0
Martinique	1	0	1	2
Océan Indien	0	0	0	0
Total	78	32	321	431

Source : répartition des centres de santé pourvus de médecins généralistes, d'après l'observatoire des recompositions de l'offre de soins – Centres de santé – données de 2017.

Les centres de santé sont gérés à 39,5 % par une association et à 34,5 % par une mutuelle. Les autres gestionnaires sont les collectivités territoriales, les organismes à but non lucratif et les établissements de santé. Les centres sont essentiellement implantés en zone urbaine, dans des secteurs à forte densité de professionnels libéraux.

Les professionnels de santé qui y exercent sont salariés. Les médecins de centres de santé représentent 3,8 % du nombre total de médecins sur le territoire. Le personnel administratif représente quant à lui 27 % des professionnels travaillant en centre de santé.

Les centres de santé sont ouverts sur leur territoire, et les établissements de santé sont les premiers partenaires des centres de santé : 68 % de centres pluri-professionnels ont signé une convention de partenariat avec au moins un établissement de santé. Les deuxièmes partenaires des centres sont les laboratoires de biologie médicale. Les autres partenaires sont ensuite les établissements médico-sociaux, les réseaux de santé, les services sociaux, les services médico-sociaux et les ateliers santé-ville.

L'accord national des centres de santé de juillet 2015 signé entre centres de santé et assurance maladie introduit une nouvelle rémunération forfaitaire spécifique, en transposant les rémunérations sur objectifs de santé publique et les rémunérations forfaitaires des médecins traitants libéraux.

Le premier avenant (novembre 2017) comporte entre autres des mesures de modification d'indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique.

Un critère concerne l'accès aux soins non programmés : les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés.

3.4 La présence de SOS médecins, surtout dans les grandes agglomérations, peut entraîner un désengagement des autres médecins libéraux

La mission de SOS Médecins est de prendre en charge les « urgences médicales générales » à toute heure. 40 % de l'activité est réalisée en journée, en dehors des horaires de la PDSA.

Acteur urbain et péri-urbain, SOS médecins couvre près de 90% des grandes agglomérations et près de 60 % du territoire national métropolitain et ultra-marin – cette présence peut ne pas inciter les autres généralistes libéraux à se mobiliser et à s'organiser pour assurer l'accès aux soins non programmés et la permanence des soins.

Les 63 associations départementales emploient plus de 1500 médecins. Leurs centres d'appel reçoivent chaque année 6 millions d'appels et ouvrent 4 millions de dossiers médicaux qui donnent lieu à 2,5 millions de visites à domicile, 900 000 consultations dans les points fixes d'accueil de ces associations et 700 000 conseils médicaux.

3.5 Certaines maisons médicales de garde ouvrent également en journée

Une maison médicale de garde (MMG) est un « lieu fixe identifié de prestation de médecine générale, fonctionnant aux heures de la permanence des soins comme un cabinet libéral »[29] .

La permanence des soins s'étend tous les jours de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures, le samedi à partir de midi. Dans les faits, l'effection de la garde en nuit profonde (de minuit à 8 heures) est de moins en moins assurée[30] et la continuité des soins n'est pas assurée partout le samedi matin.

Une maison médicale de garde peut être implantée dans un local propre dédié à cette activité, dans un établissement de santé public ou privé, accolé à ces derniers ou au sein d'EHPAD, de MSP ou de centres municipaux de santé.

Le patient, après appel de la régulation, est orienté, si besoin, vers la maison médicale de garde la plus près. Le numéro de la régulation de la permanence des soins ambulatoires est variable d'un territoire à l'autre ; il peut s'agir du numéro 15. *A contrario*, certaines maisons médicales de garde ne fonctionnent pas sur un système de régulation, mais reçoivent les patients tout-venant.

Certains praticiens des maisons médicales de garde réfléchissent à élargir leurs horaires, comme cela est le cas dans le Gapençais où la MMG est ouverte l'après-midi en semaine à partir de 14 heures. Des consultations de médecine générale, non programmées, sont alors proposées à la population.

3.6 Les cliniques privées peuvent aussi disposer de services d'urgence et de services de soins non programmés, avec un taux d'hospitalisation moindre que dans le secteur public, ce qui n'exclut pas un souci de fidélisation de patientèle

D'après la Fédération hospitalière privée (FHP), 124 cliniques disposent d'un service d'urgence autorisé, et une quinzaine de services de ces établissements dispensent des soins non programmés dans des conditions qui, selon la FHP, leur permettraient d'obtenir une autorisation et un financement de service d'urgence.

Il faut cependant rappeler que des services d'urgence ne peuvent recevoir d'autorisation que s'ils répondent à un besoin de la population, ce qui n'est pas le cas quand un service d'urgence autorisé existe déjà à proximité. De tels services peuvent en revanche être pleinement utiles en termes de traitement des soins non programmés en journée et en soirée.

Ils peuvent en outre répondre à une meilleure acceptabilité par les médecins qui y travaillent et qui y trouvent une moindre permanence des horaires à assurer que dans un service d'urgence ouvert 24 heures sur 24, peuvent pratiquer des majorations de traumatologie qu'ils ne peuvent facturer en

[29] Rapport de Jean-Yves Grall « Les maisons médicales de garde », 2006.
[30] Rapport CNOM, « Enquêtes du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale, 2016

service d'urgence, et peuvent hospitaliser dans la structure avec dépassements d'honoraires (alors qu'ils sont contraints d'hospitalier en secteur 1 lorsque c'est en aval des urgences).

Les établissements, quant à eux, trouvent dans ces services de soins non programmés l'opportunité de fidéliser une patientèle. Ainsi, les cliniques privées hospitalisent 15 %[31] des patients pris en charge aux urgences, alors que le taux d'hospitalisation est de 26 % dans les établissements de santé publics.

Différents facteurs expliquent cette différence : l'état de santé des patients (plus dégradé pour ceux se rendant dans les établissements publics), l'environnement du patient et le fonctionnement des services. La différence de patientèle et les modes d'organisation de l'établissement (accès direct aux spécialistes) participent également de cette différence. Mais, à plus moyen terme, les patients ayant fréquenté le service de soins non programmés d'une clinique privée et ayant bénéficié de son plateau technique pourront y retourner en consultation ou en hospitalisation.

3.7 Les hôpitaux de proximité s'organisent avec la ville pour la prise en charge des soins non programmés

Les hôpitaux de proximité sont définis par une activité de médecine inférieure à 5 500 séjours par an et par l'absence d'activité de chirurgie et d'obstétrique. Le territoire desservi correspond à un temps de trajet routier en automobile de 20 minutes autour de l'établissement.

Les hôpitaux de proximité répondent en priorité aux besoins d'une population vulnérable, en particulier les personnes âgées et celles en situation de précarité qui doivent être hospitalisées près de leur domicile. Ils assurent également une offre de premier recours dans les territoires ruraux ou à faible densité de médecins généralistes.[32]

L'hôpital de proximité est positionné à la jonction entre le premier recours, le second recours et le médico-social.

Dans les hôpitaux de proximité, l'exercice mixte ville-hôpital est encouragé afin de favoriser la prise en charge globale et continue des patients. L'exercice mixte concerne aussi bien des médecins ayant une activité libérale dans un cabinet en ville ou en structure d'exercice coordonné et qui exercent également au sein de l'hôpital de proximité, que les médecins salariés des centres de santé mis à disposition auprès de l'hôpital de proximité.

En 2016, il existait 243 hôpitaux de proximité, dont 64 % étaient d'anciens hôpitaux locaux, 28 % des centres hospitaliers et 8 % d'autres établissements de santé.

Les hôpitaux de proximité ont un rôle de premier avis médical en orientant le patient vers la structure ou le professionnel de ville indiqué (offre de ville, établissement de santé de deuxième recours, structure d'exercice coordonné).

Certains hôpitaux de proximité accueillent des structures d'exercice coordonné (maisons de santé et centres de santé) dans leurs locaux ou dans des locaux attenants. Ceci favorise l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet médical commun.

---

[31] Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé, DREES, 2017
[32] La réforme des hôpitaux de proximité, support méthodologique de la DGOS

Ex-hôpital local et centre de santé : l'hôpital de Houdan (78)

Depuis 2000, l'hôpital de Houdan développe des consultations de médecine générale non programmées (9h-20h en semaine et 9h-13h le samedi), au sein de son centre de santé. Il s'est appuyé initialement sur les médecins généralistes de son territoire, puis sur les médecins salariés de son centre de santé. En lien avec la radiologie de l'établissement et assisté de soignants, ce centre de soins de première intention reçoit 10 000 passages par an dont un tiers d'urgences (fractures, sutures, douleurs thoraciques).

3.8 Les centres de soins non programmés, en recherche de cohérence et de modèle économique

La terminologie relative aux centres de soins non programmés (« unité de premiers soins », « service d'accueil et de soins », « consultations non programmées », « centre de soins immédiats », « centre de soins urgents », « unité médico-chirurgicale », « centre d'orientation médicale urgentistes », « centre médical d'urgentistes », « accueil médico-traumatique ») recouvre deux types d'entités différentes par leur émergence et leur fonctionnement.

3.8.1.1 Les centres de soins non programmés hospitaliers sont généralement issus de la conversion de services d'urgence qui réduisent leur activité

Certains centres de soins non programmés résultent de la transformation d'anciens services d'urgences – comme à Aunay-sur-Odon (14), Champagnole (39), Verdun (55), Thann (68), Longjumeau (91).

Une activité faible (notamment la nuit), un recrutement difficile de médecins urgentistes, ou un regroupement hospitalier sont des facteurs motivant l'évolution de services d'urgences en centre de soins non programmés. Cette conversion est accompagnée par l'ARS, qui s'assure que la prise en charge d'éventuelles urgences vitales est organisée dans un délai de moins de 30 minutes.

Dès lors, les CSNP, lieux de consultations pour partie sans rendez-vous, ne sont pas soumis ni à autorisation d'activité d'urgence, ni aux normes applicables aux urgences (fonctionnement 24h/24h, présence de médecins urgentistes…).

L'intérêt de l'ouverture de CSNP est de préserver un point d'accueil de consultations de médecine générale pour la population, ouvert en journée, voire le week-end. Ce type de CSNP hospitalier trouve sa place lorsque la médecine ambulatoire environnante n'est pas capable d'absorber les consultations, notamment en zones sous-denses.

De facto, l'implantation au sein d'un établissement confère à ces CSNP un accès au plateau technique et au système d'information de l'établissement. De même, ces centres disposent de personnel salarié de l'hôpital. Certains établissements recrutent des médecins généralistes libéraux pour gérer cette activité.

Leur ligne de conduite est très claire : ces centres ne prennent pas en charge les urgences (type CCMU 3 et plus), l'établissement ne disposant pas d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), de réanimation ni parfois de possibilité d'hospitalisation en aval. Le risque de ces CSNP est en effet d'attirer les patients en urgences vitales.

Le Centre de premiers soins du Centre hospitalier d'Aulnay-sur-Odon

Face à une activité faible (7 000 passages par an) et accompagné par l'ARS Normandie, le centre hospitalier d'Aunay-sur-Odon (14) a fait évoluer son activité d'urgences en « Centre de Premiers Soins ». Ce centre a ouvert début 2016 et propose des consultations de soins non programmés sept jours sur sept, de 8h à 20h, comprenant ainsi en partie les horaires de PDSA du week-end. L'évaluation des données médico-administratives des consultations dégage quelques enseignements.

Durant ses deux premières années de fonctionnement, le centre a effectué en moyenne 16,5 consultations par jour. La matinée, ainsi que la fin d'après-midi (17h-19h), sont les deux périodes de plus forte affluence. Les prises en charge relèvent principalement de la traumatologie (44,0 %) et de consultations de médecine générale (38,8 %). Les problèmes liés à la peau (14,5 %) et la pédiatrie (1,6 %) arrivent en second lieu.

Moins d'un patient sur trois a bénéficié d'examen d'imagerie, alors que l'accès au plateau d'imagerie est facilité par sa présence au sein même du centre (27,8 %). Quelques patients ont eu recours à un examen de biologie (1,6 %). A noter que l'accès à la biologie nécessite le transfert des prélèvements dans un autre établissement. En moyenne, la durée de prise en charge s'élève à 51 minutes.

Les patients arrivent principalement par leur propre moyen (97 %). En effet, les patients arrivent soit de leur propre initiative (88 %) ou après avis médical (un patient sur dix). Une très faible proportion de patients est orientée au centre par le 15 (0,53 %).

L'adressage par la régulation, prôné dans le cahier des charges de l'ARS Normandie, est ainsi peu effectif. Cela tient à un manque de visibilité et de compréhension des soins effectués auprès des régulateurs et des professionnels de santé du territoire.

3.8.1.2 Les centres de soins non programmés privés, adossés à des cliniques, ou créés par des urgentistes voulant exercer en libéral

Le terme de Centre de soins non programmés recouvre également les centres créés par initiatives libérale ou privée. Ces CNSP résultent d'un souci de désengorger les urgences suite au constat que de nombreux patients pris en charge au sein des services d'urgences pourraient l'être en ville (patients qualifiés a posteriori de CCMU 1 et 2), mais aussi d'une volonté des médecins urgentistes de diversifier leur exercice.

La FHP indique qu'il existerait une quinzaine de tels centres de soins non programmés pour l'hospitalisation privée, et que des projets sont en cours.

Le Centre médical de soins immédiats du Grand Nancy

Le Centre médical de soins immédiats (CMSI) du Grand Nancy a ouvert en octobre 2012 sur initiative d'un médecin urgentiste désireux de proposer aux patients une solution alternative aux urgences. Le CMSI est ouvert sept jours sur sept, de 8h à 20h, comprenant ainsi en partie les horaires de PDSA du week-end. En 2017, il a comptabilisé 17 422 passages.

Le centre fonctionne grâce à des médecins libéraux, qui exercent dans la structure en complément d'une activité hospitalière.

Les trois quarts des patients arrivent de leur propre initiative ou adressés par un médecin généraliste. L'accès au plateau technique est conventionné avec le service de radiologie et le laboratoire d'analyse médicale de la clinique limitrophe, propriétaire des locaux du CMSI.

La création de ces CNSP n'est pas toujours accompagnée par l'ARS. Elle crée un risque de désorganiser les parcours de soins du territoire par une implantation non pertinente et de favoriser une demande de soins et d'examens complémentaires non justifiée.

L'accueil de consultations pédiatriques non programmées de la Clinique du Val d'Ouest à Ecully (Rhône)

Le site de la Clinique du Val d'Ouest à Ecully dans le Rhône (69) a mis en place l'accueil de consultations pédiatriques non programmées durant la journée et jusqu'à minuit dans le cadre d'une coopération avec l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) des Hospices civils de Lyon (HCL).

Cette maison médicale de l'enfant (MME) fonctionne avec des pédiatres ou des médecins généralistes libéraux qui travaillent pour la plupart également à l'HFME, à la clinique, ou en cabinet de ville.

En 2017, elle a réalisé 13 000 passages enfants, et la « maison médicale adulte » 8 000 passages adultes ; dans le même temps, la clinique réalisait 5 000 hospitalisations complètes (HC) hors maternité, 16 500 séjours ambulatoires, 2 700 accouchements, 1 000 FIV, 1 300 séjours de médecine.

L'ARS soutient cette structure (FIR : 460 000 €), qui a vocation à désengorger les urgences de l'HFME, qui a plus de 95 000 passages par an, dont près de 98 % des actes relèvent de CCMU 1 et 2.

La MME assure principalement des prises en charge relevant de CCMU 1 et 2, avec une part importante de traumatologie (40 %, contre 5 % à la maison médicale de garde). L'accès à un plateau technique d'imagerie et de biologie facilite la prise en charge des urgences traumatologiques et des pathologies médicales relevant de CCMU 2 et 3.

30 % de l'activité de la MME s'effectue le soir et le week-end.

La MME précise qu'elle ne fait aucun suivi, aucune vaccination, uniquement des soins non programmés ; que de fait elle met parfois en difficulté la médecine générale libérale en demandant de reconsulter un patient qui est venu après avoir vu son médecin traitant ; elle fait des signalements à la protection maternelle et infantile (PMI).

Le centre de consultation d'urgences du Médipôle à Nanterre dans les Hauts-de-Seine (92)

Le Médipôle Nanterre Université a ouvert en 2016, avec 1 800 m², un plateau technique regroupant un laboratoire de biologie, un centre d'imagerie médicale avec une IRM, un centre dentaire, un centre de kinésithérapie, une consultation de médecine générale et des consultations de spécialités (ophtalmologie, gynécologie, cardiologie, sages-femmes). 50 places de parking sont prévues pour le personnel.

L'analyse d'Acsantis dans son étude sur l'offre de soins non programmés en Île-de-France est la suivante : « Le Médipôle de Nanterre est implanté à proximité d'universités et d'une importante zone d'emploi. Les patients y consultent pour des troubles psychologiques, en lien avec des difficultés professionnelles, parfois orientés par la médecine du travail ; Des patients du centre accueil migrants de Nanterre y viennent aussi régulièrement ».

Au centre de consultations d'urgences, les patients sont accueillis sans rendez-vous et sans régulation téléphonique, de 8h à 20h, avec 10 000 passages par an en 2017, et 20 0000 au cabinet de généralistes situé également au Médipôle. Le laboratoire de biologie se trouve à 200 mètres. Le cabinet de radiologie situé également au Médipôle, prend en priorité les patients du centre de consultations d'urgences, y compris pour des IRM (de 8h à 20h pour la radiologie, grâce à 5 radiologues assurant la permanence de 2 radiologues sur place, par plages de 12h).

Deux médecins urgentistes sont à plein temps, avec un interne, bientôt deux. L'embauche d'une secrétaire est en cours.

Le centre de consultation d'urgences a 3 boxes de consultation, 1 box de suture, pansement et brûlure, 1 box de plâtre, 1 box de « déchocage » conçu pour attendre le SAMU, ou traiter des urgences.

Il indique un temps d'attente d'une demi-heure en moyenne. Le centre de consultation d'urgences pratique le tiers payant sécurité sociale systématique. Il n'a pas demandé sa labellisation comme maison de santé pluridisciplinaire. N'étant pas médecins traitants, les deux médecins urgentistes ne peuvent coter les majorations de régulation et d'urgence (MRT, MUT, cf. *supra*).

Tant les urgentistes que les radiologues insistent sur la combinaison de l'accueil sans rendez-vous, du plateau technique immédiatement disponible, et de la présence dans le même bâtiment de cabinets de médecins généralistes et spécialistes. En particulier, quand les patients qui viennent au centre de consultation d'urgences n'ont pas de médecin traitant, les urgentistes peuvent leur proposer de demander à un des médecins généralistes de le devenir.

Les médecins rencontrés indiquent que « ce qui nous distingue d'un service d'urgences, c'est que les patients arrivent debout et non allongés ».

Il existe une ambivalence pour certaines de ces structures qui revendiquent l'accueil de patients « CCMU 1 et 2 », relevant de la médecine générale, mais fonctionnant avec au moins un médecin urgentiste dans l'équipe et sollicitant l'autorisation d'encadrer des internes du DES de médecine d'urgences.

Il apparait que ces CNSP n'ont pas trouvé leur positionnement, et il n'est pas rare que leur modèle économique soit instable.

4 APPORTER, DANS TOUS LES TERRITOIRES, UNE PREMIERE REPONSE A LA DEMANDE DE SOINS

Comme il l'a été montré dans les chapitres précédents, la réponse à la demande de soins non programmés ne relevant pas des urgences, traditionnellement prise en charge par la médecine de ville, doit le rester. Il s'agit d'une **mission de service public** essentielle au bon fonctionnement de notre système de soins. Mais, pour que cette offre soit géographiquement suffisante, son organisation doit prendre des formes adaptées à chaque territoire.

Zeynep Or et Anne Penneau (IRDES, « Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation », septembre 2017) soulignent : « Il s'agit en effet d'éviter les ruptures de soins qui peuvent provoquer des recours aux urgences, particulièrement des personnes âgées souffrant souvent de plusieurs maladies chroniques. Dans une approche transversale, renforcer les soins primaires en confortant la coopération pluri-professionnelle, la délégation des tâches avec les infirmiers et le développement de nouveaux outils informatiques pour assurer la continuité des soins et un suivi régulier (y compris à domicile), peut améliorer à la fois la qualité et l'efficience des prises en charge, notamment des personnes âgées, tout en assurant une meilleure utilisation des ressources disponibles au niveau local. »

4.1 L'organisation de l'accueil des soins non programmés doit être adaptée à chaque territoire

On peut distinguer trois modèles essentiels d'organisation :

1° La médecine ambulatoire de droit commun (que ce soient des cabinets traditionnels, des cabinets de groupe, des maisons pluridisciplinaires de santé, des centres de santé).

L'accueil de la demande de soins non programmés fait partie intégrante des missions des médecins de ville. Ils demeurent nombreux à les accueillir et il faut **pleinement reconnaître**, comme l'a indiqué le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), lors de l'audition de son président, **cette mission de service public**.

Mais le contexte démographique et l'évolution des pratiques des nouvelles générations de médecins doivent amener à privilégier une organisation structurée et mutualisée de cet accueil.

Il convient donc de susciter des initiatives de mutualisation au sein des territoires de santé et de les accompagner pour :

- assurer une régulation médicale en amont ;
- mutualiser des plages horaires d'accueil des soins non programmés de façon à ce que, sur chaque territoire, les usagers soient assurés de trouver une réponse à leur demande sur l'ensemble de la semaine ;
- offrir une information géo localisée fiable sur la disponibilité en temps réel d'un accueil ;
- mettre en place un système d'information permettant la fluidité de l'information sur les dossiers patients.

2° Des centres de soins non programmés résultant de la transformation d'anciens services d'urgence et donc intégrés à l'hôpital.

Ces conversions permettent à ces structures de ne plus être soumises aux normes applicables aux urgences (fonctionnement 24/24h avec les charges induites) tout en préservant un point d'accueil des consultations les plus courantes. Leur intégration dans l'hôpital leur permet de disposer du personnel salarié qui peut lui-même recourir au plateau technique et au système d'information de l'établissement. L'intégration dans l'hôpital facilite en outre la lisibilité pour le public. Certains établissements recrutent des médecins généralistes libéraux dont la formation correspond mieux aux compétences nécessaires pour gérer cette activité – cette complémentarité doit être encouragée.

Il convient à cet égard de noter que la Fédération des Hôpitaux de France (FHF) propose, dans son rapport de mars 2018, « Renforcer le lien ville/hôpital », de généraliser de telles unités dans les établissements publics de santé ces derniers mettant à disposition des généralistes libéraux le matériel, les locaux et le plateau technique. Ce type de CNSP hospitaliers trouve notamment sa place lorsque la médecine ambulatoire environnante n'est plus en capacité d'absorber ces consultations notamment en zones sous-denses.

3° Une variante, intermédiaire, peut consister en la création de centres de soins non programmés libéraux dédiés à cette seule activité, si un des deux modèles de base ne peut répondre en lui-même à la demande du territoire en raison du contexte démographique ou des spécificités du territoire.

A contrario, une telle offre spécialisée peut déstabiliser l'organisation territoriale des soins en vidant de leur activité les structures avoisinantes. Ainsi, les structures de ce type visitées par la mission, quand elles sont implantées en milieu urbain, souvent gérés par des urgentistes soucieux de diversifier leur activité, sont en fait des mini-services d'urgence, disposant d'un plateau technique difficile à amortir, sans pour autant offrir les garanties de qualité et de sécurité assurées par les normes applicables aux véritables services d'urgence. Leur fonctionnement est souvent déficitaire de telle sorte que leur pérennité n'est pas assurée ou qu'ils sont contraints de s'adosser à des établissements lucratifs, ils fonctionnent alors comme des services d'amont d'hospitalisations.

La mission a pu relever les limites suivantes au modèle proposé par ces centres de consultations d'urgences :

– le défaut de retour vers le médecin traitant et plus généralement vers les professionnels de santé du territoire ;

– les risques associés à la prise en charge d'urgences réelles, des patients pouvant venir à cause du terme « consultations urgentes », sans que les moyens humains ou techniques disponibles soient suffisants.

Cela revient à amener des urgences dans la médecine de ville, au lieu d'amener, ce qui est nécessaire, de la médecine de ville (des médecins généralistes, une logique de parcours, de suivi, de coordination, de prévention) aux urgences.

Un des inconvénients de tels centres est leur absence d'intégration dans le tissu sanitaire du territoire, ne permettant pas d'inscrire les patients dans un parcours de soins de nature pérenne. Ces « *walk in centers* » répondent alors à une attente, que certains qualifient de consumériste, de réponse immédiate à des problèmes ponctuels ressentis par une population active pressée, sans permettre de l'inscrire dans un suivi régulier permettant de lui proposer un service de santé publique de prévention. Leur existence peut alors inciter les autres médecins avoisinants à se désengager de l'accueil des soins non programmés accroissant ainsi le décrochage des patients traités par ces centres vis-à-vis d'un parcours de soins structuré.

Aussi de tels centres intermédiaires ne peuvent être encouragés et financés que s'il n'existe aucune offre alternative dans un rayon géographique raisonnable et que s'ils offrent un certain nombre de garanties en termes d'accessibilité (notamment application des tarifs opposables et du tiers payant).

En synthèse, on peut rappeler ci-dessous la typologie dressée par le cabinet Acsantis dans son rapport à l'ARS Île-de-France de 2018 :

<table>
<tr><th>Typologie de CDSNP</th><th>Porté par un établissement</th><th>Adossé à une structure privée</th><th>Porté par un cabinet en ville, de libéraux</th></tr>
<tr><td>Caractéristiques patientèle</td><td colspan="3">Population d'actif ++ pédiatrie
Tous niveaux socio-économiques</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Motifs de consultation</td><td>Majoritairement CCMU 2</td><td>Variable selon étendu du PT et ancienneté du Centre
CCMU 1 et +/- CCMU 2</td><td>Majoritairement CCMU 1</td></tr>
<tr><td colspan="3">Infectiologie, asthmes, douleurs, allergie, plaies, fractures, brulures, chutes, malaises, …
Accidents du travail, certificat médical
Rare : renouvellement d'ordonnance, vaccins</td></tr>
<tr><td>Modalité de prise de RDV</td><td>Sans RDV
(sur présentation au centre)</td><td>Sans RDV
(sur présentation au centre)</td><td>Sans RDV
(+/-plage horaires dédiées)
Avec RDV
(secrétaire, Doctolib)</td></tr>
<tr><td>Pics d'activité</td><td colspan="3">En journée : Matin de 8 à 9h / Midi /Soir après 18h
Dans la semaine : Lundi, vendredi, samedi - Calme : jeudi
Dans l'année : Hiver et été</td></tr>
</table>

Il revient ainsi aux ARS de structurer avec les professionnels et les élus cette réponse coordonnée de l'offre de soins non programmés à partir d'un diagnostic concerté indispensable à la mise en place de ces organisations. **Aucun modèle unique ne saurait être proposé tant la souplesse et l'adaptation aux spécificités territoriales doivent être privilégiées**.

4.2 En schéma cible, une structuration souple permettant l'organisation de cette réponse diversifiée à la demande de soins non programmés : la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

Instituées par la loi de modernisation de notre système de santé (LMS) de janvier 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) remplacent les pôles de santé. Composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou second recours, et d'acteurs médicosociaux et sociaux, les CPTS concourent au projet régional de santé et à la structuration des parcours de santé.

Leurs membres formalisent un projet de santé, transmis à l'ARS, identifiant le territoire de leur action. Sur la base notamment de ce projet, l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé, financés sur les crédits du fonds d'intervention régional, pour répondre aux besoins identifiés dans les diagnostics territoriaux. À défaut de CPTS créées par les professionnels, l'ARS concerte les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé en vue de constituer une CPTS.

Compte tenu de la prégnance de la problématique de la réponse aux besoins de soins non programmés dans les EHPAD, il sera fortement souhaitable d'inclure ceux-ci dans ces communautés, dans le prolongement des propositions du rapport de la mission d'appui d'avril 2018 sur les conditions de déploiement et les conséquences financières de la réforme de la tarification des EHPAD précité, qui propose « l'intégration des établissements dans des filières organisées de soins. Il est important que les ARS accompagnent encore davantage les EHPAD afin que les partenariats avec l'hôpital, avec les équipes d'HAD, avec les équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs soient réellement en place et effectifs. ». Dans cette logique, il est essentiel que les EHPAD soient associés aux organisations de prise en charge des soins non programmés.

La quasi-totalité des acteurs auditionnés ont indiqué que la CPTS semble être le cadre le mieux adapté pour mutualiser et organiser l'accueil des soins non programmés à un échelon suffisamment proche de la population. Elles devraient utilement inclure tous les professionnels de santé concourant à l'accueil des demandes de soins non programmés (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, EHPAD, services de HAD et de SSIAD, pharmacies). Ces CPTS peuvent en outre passer convention avec des GHT pour inclure les établissements dans le maillage territorial.

Pour autant, compte tenu du caractère très récent des textes encourageant la formation de CPTS, du faible nombre de CPTS à ce jour et de l'urgence à développer une offre générale et tangible de soins non programmés hors urgences hospitalières, il convient de structurer, dès à présent, les organisations territoriales de prise en charge des soins non programmés qui pourront progressivement se structurer en CPTS de plein exercice. Pour susciter les initiatives qui, pour réussir, doivent nécessairement provenir des professionnels de santé du terrain, les ARS doivent, dès maintenant, lancer des appels d'offre pour susciter de telles organisations territoriales de prise en charge des soins non programmés sans carcan juridique (la forme associative paraissant la plus simple), qui constitueront autant de potentielles CPTS.

Comme j'ai pu l'observer dans le Lot-et-Garonne, il est important que les collectivités locales (conseil départemental et établissement public intercommunal [EPCI] notamment), qui peuvent jouer un rôle structurant et mutualiser des moyens de soutien, soient étroitement associées par les ARS dans toutes les situations où cela apparaît possible.

La communauté professionnelle territoriale de santé du Giennois-Berry

La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Giennois-Berry est à cheval entre les départements du Loiret (45) et du Cher (18). Son projet est structuré autour de la communication et de la coordination entre la ville et l'hôpital, de l'articulation entre le 1er et 2nd recours et de l'organisation des soins non programmés.

La CPTS a identifié une demande matinale de soins non programmés et mis en place une « permanence » en matinée par les médecins des quatre secteurs définis. Cette organisation multi-sites se base sur le volontariat des médecins généralistes de la CPTS. En pratique, l'agenda de ces médecins est partagé et le secrétariat (mutualisé au sein de la CPTS) est formé à l'orientation du patient, selon la disponibilité du médecin traitant.

Comme le propose le président directeur d'Acsantis lors de son audition, il convient que l'ARS suscite, dans chaque région, d'ici fin 2018, sur la base du volontariat des professionnels de santé d'un territoire, avec le concours de tous les partenaires concernés – notamment les collectivités territoriales – un prototype-pilote sur lequel une forte communication devra être menée pour susciter des initiatives de même type. Il ne s'agit en aucune façon de mener une expérimentation, mais bien au contraire d'organiser les soins non programmés de façon pérenne sur un territoire réunissant les conditions de succès, et capable de porter une valeur d'exemplarité pour l'ensemble des territoires de la région qui pourront ainsi s'en inspirer.

4.3 Une contractualisation par l'ARS indispensable à la qualité de la réponse à la demande de soins non programmés

Compte tenu de l'enjeu que représente la réponse à la demande de soins non programmés, il est indispensable qu'outre l'intégration systématique de cette dimension dans leur projet régional de santé, les ARS veillent à contractualiser systématiquement avec les organisations territoriales de prise en charge de soins non programmés sur la base d'un cahier des charges minimal suffisamment souple.

Un tel cahier des charges de base, que devra rapidement formaliser et diffuser le ministère des Solidarités et de la Santé en concertation étroite avec toutes les parties prenantes, devrait prévoir la disponibilité d'un matériel minimal permettant de réaliser des sutures, des immobilisations simples, des électrocardiogrammes. A partir du travail réalisé par Acsantis dans son rapport à l'ARS Rhône-Alpes de 2015, ce matériel pourrait être :

- équipement de base pour les diagnostics : électrocardiographe, lecteur de glycémie, oxymètre de repos, appareils de mesure du débit (débitmètre, spiromètre, doppler fœtal et vasculaire) ;
- équipement de diagnostic complémentaire : stérilisateur, tympanomètre, audiomètre ;
- matériel de base pour urgences courantes : chariot d'urgence, bouteille d'oxygène, défibrillateur ;
- matériel de mise en condition en cas d'urgences plus graves : nécessaire à perfusion, ballon d'insufflation, aspirateur de mucosités.

L'organisation devrait également comporter :

- des horaires minimaux d'accueil des soins non programmés au mieux toute la journée (en continu ou disséminés par intercalage avec les rendez-vous programmés et, en solution de repli, des plages horaires d'une demi-journée, ces plages pouvant être couplées avec des vacations de télémédecine), et permettant de prendre en charge l'ensemble d'une demande de soins régulée et organisée ;

- lorsque la structure ne dispose pas en propre d'un matériel de biologie et de radiologie, la désignation des laboratoires de biologie et des cabinets de radiologie les plus proches avec lesquelles elle travaille régulièrement et peut adresser sa patientèle ;

- lorsque la structure est libérale, un conventionnement secteur 1 et l'application du tiers payant[33];

- l'existence d'un système d'information permettant l'affichage des horaires d'ouverture et l'indication des plages de soins non programmés sur les sites publics (ARS, CDOM, hôpitaux…) et sur le portail ministériel Sante.fr (cf. *infra*) ;

- la disposition d'une messagerie sécurisée répondant aux standards de l'ASIP ;

- l'utilisation d'un système d'information partagé ;

- le retour systématique des informations vers le médecin traitant du consultant.

S'agissant de la biologie, la DGOS indique que l'arrêté du 13 août 2014, « fixant les catégories de professionnels de santé autorisés à réaliser des prélèvements d'échantillons biologiques aux fins d'un examen de biologie médicale et la phase analytique de l'examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale ainsi que les lieux de réalisation de ces phases », indique (art. 5) « La phase analytique d'un examen de biologie médicale (….) peut être réalisée en dehors d'un établissement de santé, en vue d'une décision thérapeutique urgente, dans un véhicule sanitaire lors d'un transport sanitaire médicalisé ».

Compte tenu des enjeux, pour l'accès aux premiers soins et l'organisation de l'offre de soins non programmés, il semble nécessaire que le cadre d'exercice de la biologie médicale, et en particulier cet arrêté soit complété pour permettre, dans un cadre territorial porté à la connaissance de l'ARS et validé par elle, aux maisons de santé et aux organisations de soins non programmés de pouvoir s'organiser différemment, afin, selon les situations et notamment la distance des laboratoires médicaux et leurs horaires de fonctionnement, de faire elles-mêmes non seulement les prélèvements mais aussi les analyses.

La contractualisation par les ARS doit en outre leur permettre de poser le cadre indispensable de la continuité des soins et de l'accueil de premiers recours lors des périodes de concentration des congés (entre Noël et le 1er janvier ; au moment des « ponts » de mai ; entre fin juillet et mi-août) et des pics réguliers d'épidémie. Il n'est pas concevable que, dans certains territoires, dans ces périodes, les professionnels d'un territoire ne mettent en place aucune coordination permettant de maintenir un service médical minimal. L'organisation proposée permettra de palier de telles carences, dans le cadre du contrat passé par les professionnels de santé avec un territoire et une population.

[33] Sachant qu'en 2019, la montée en charge des logiciels d'interface avec les assurances complémentaires devrait permettre d'offrir un tiers payant intégral. Il est proposé de faire également de la continuité des soins non programmés en journée une cible prioritaire pour cette modalité de prise en charge

Ainsi, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté fait de l'élaboration d'un plan de continuité des soins (vacances scolaires, grands week-ends) un sujet prioritaire pour son plan d'action régional des urgences, dans le cadre d'un groupe de travail technique régional sur l'accès aux soins urgents et non programmés.

Autre exemple, l'ARS Bretagne prévoit d'identifier les cabinets médicaux et MSP par territoire, et de les équiper de petits plateaux techniques pour répondre à l'activité non programmée, en demandant aux SDIS (pompiers) un transport des patients pris en charge auprès de MSP identifiées au lieu de les emmener vers un service d'urgence, en régulant ces transports par le 15.

Les ARS doivent jouer un rôle majeur d'animation et d'accompagnement pour susciter de telles organisations, en travaillant avec tous les acteurs locaux (URPS, représentants des MSP et des centres de santé…) pour que l'ensemble des territoires de santé de leur région soit couvert, et que tous les patients puissent accéder à une offre de soins non programmés hors urgences vitales en moins de 24h. De nombreux interlocuteurs auditionnés ont souligné la nécessité pour les ARS d'améliorer l'animation territoriale pour susciter et accompagner de telles initiatives et de prendre en charge l'assistance au montage juridique, administratif et financier de ces coopérations. De même, les CPAM doivent plus s'impliquer dans un rôle d'accompagnement, la CNAMTS devant elle-même privilégier la réduction du nombre d'indicateurs à suivre – tâche chronophage pour les professionnels de santé – notamment dans l'application de l'ACI relatif aux maisons pluridisciplinaires de santé. A titre d'exemple, des bilans à mi-parcours de la mise en place satisfaisante des projets pourraient être privilégiés par préférence à un contrôle exhaustif et annuel d'une batterie d'indicateurs.

Si les pouvoirs publics ne prennent pas cette initiative de façon systématique et concertée, il ne fait guère de doute que les acteurs privés lucratifs s'en saisiront, au risque de voir ainsi progresser des filières sans lien suffisant avec le parcours de soins nécessaire à la prise en charge globale des patients.

Recommandation n°1 : Assurer, dans tous les territoires, une réponse aux demandes de premiers soins

Assurer, d'ici deux ans, une couverture du territoire en offre de soins non programmés :

- en donnant un cadre national à déclinaison locale, adapté par les ARS dans leur échange avec les acteurs de terrain ;
- et en inscrivant dans la loi le principe de responsabilité territoriale des professionnels de santé en matière de prise en charge des premiers soins.

Plan national et/ou loi : 2018.
Instruction aux ARS : 2018.
Objectif de mise en œuvre : 2020.

Recommandation n°2 : Labelliser des organisations de réponse aux premiers soins

Labelliser, après incitation des initiatives des professionnels de santé et appels d'offre, des organisations de soins non programmés / premiers soins :

- par bassin de vie (2 000 sur le territoire dans la définition INSEE) ;
- répondant à un cahier des charges minimal le plus simple et lisible possible ;
- en privilégiant les CPTS ;
- dans le cadre de contrats territoriaux de santé entre les professionnels et les ARS ;
- incluant les hôpitaux et les EHPAD du territoire.

Adopter la même démarche de contractualisation / labellisation pour les centres de soins non programmés / accueils de premiers soins issus de la transformation des services d'urgence hospitaliers, dont les effectifs d'urgentistes ou le niveau d'activité ne permet pas le maintien à l'identique.
A partir du 2e semestre 2018, avec l'objectif d'une généralisation effective en 2020.

Recommandation n°3 : Des demi-journées dédiées aux soins non programmées, élément d'un contrat des médecins avec la population et le territoire

Faire de l'obligation de proposer des demi-journées de soins non programmés une clause obligatoire du cahier des charges des organisations de soins non programmés passant contrat avec les ARS avec transmission d'un planning de continuité du soin non programmé à la régulation téléphonique, mis en ligne (www.sante.fr) et mis à jour.

Recommandation n°4 : Renforcer les financements actuels vers les équipes de professionnels de santé qui s'engagent pour leur territoire

Augmenter le poids de la rémunération des soins non programmés dans les financements individuels et collectifs existants, accordés en contrepartie d'objectifs de performance dans le cadre du contrat conclu entre l'ARS et l'organisation de soins de premier recours (recommandation n°2) : ROSP (individuelle (416 M€ en 2016) et ACI (collective).
Financer selon un forfait modulé en contrepartie d'indicateurs de performance les fonctions administratives de l'organisation territoriale de soins non programmés passant contrat avec l'ARS.
Cette rémunération est indexée aux engagements, aux performances, au territoire et à la population couvertes.

Recommandation n°5 : Modifier la loi pour permettre aux médecins d'une organisation de soins non programmés labellisée par l'ARS d'être considérés comme le médecin traitant du patient le consultant, au regard des majorations de ticket modérateur appliqués pour le respect du parcours de soins

Loi.

Recommandation n°6 : Faciliter le recours direct aux examens les plus simples d'imagerie et de biologie

Dans un cadre protocolisé, permettre aux maisons de santé engagées dans l'organisation territoriale de réponse aux soins non programmés de recourir sur place à l'imagerie et à la biologie, non seulement pour les prélèvemens mais aussi pour l'analyse des prélèvements les plus courants, en fonction de leur situation appréciée par l'ARS (distance au laboratoire d'analyses partenaire, horaires de fonctionnement, volume d'activité).

Arrêté.

Recommandation n°7 : Orienter les agences régionales de santé et les caisses d'assurance maladie davantage vers l'appui, l'accompagnement, la simplification plutôt que le contrôle

Favoriser l'accompagnement plutôt que le contrôle des organisations prenant en charge des soins non programmés.
Simplifier et réduire le cahier des charges de l'ACI et les remontées d'information demandées.

Rendre gratuit l'enregistrement au registre des sociétés et du commerce lors d'ajouts et de changements de membres d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

Ces propositions s'inscrivent dans le cadre du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

Recommandation n°8 : Impliquer, mobiliser et associer les collectivités territoriales, intercommunalités et départements en particulier

S'appuyer sur les élus et les collectivités, avec une communication et des formations en direction des élus, le renforcement des liens entre les CPTS et les EPCI, et, en particulier dans les départements plus ruraux, un rôle accru du conseil départemental comme chef de file.
Cette proposition s'inscrit dans le cadre du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

4.4 Etendre la régulation téléphonique libérale à toute la journée, avec un numéro unique

Plusieurs enquêtes montrent une méconnaissance de la conduite à tenir en cas de problème de santé quant au contact pertinent à solliciter, et une ambiguïté quant au recours au 15, une majorité de personnes considérant qu'il est réservé aux seules urgences graves. Les expériences étrangères semblent montrer qu'un important levier pour orienter les patients vers l'échelon pertinent du parcours de soins en cas d'urgence relative ressentie réside dans une régulation téléphonique préalable adaptée y compris en journée.

Ainsi, comme déjà observé dans une étude publiée par la Revue française des affaires sociales en 2006[34], la création d'un centre d'appels unique couvrant des zones prédéterminées est une initiative qui tend à se développer en Europe. Son bon fonctionnement semble subordonné à la satisfaction de quatre principales conditions :

- la mise en place des instruments permettant d'assurer un partage de l'information relative aux données cliniques retraçant l'histoire médicale du patient et, ainsi, la continuité des soins ; un partage d'activité qui peut être mobilisé pour assurer le triage des patients ;

- une responsabilisation de la demande en amont prenant la forme d'une diffusion de l'information ;

- une évaluation régulière des services de permanence des soins.

En Suède, le tri des patients est généralement effectué par le « centre d'information sur la santé » du « conseil de comté », qui peut être joint à tout moment par téléphone et qui met en contact le patient avec des infirmières spécialement formées à cet effet. L'infirmière peut donner des conseils, prendre un rendez-vous avec le médecin de soins primaires pendant les horaires d'ouverture ou juger qu'une prise en charge en urgence est nécessaire. Le tri infirmier est considéré comme satisfaisant pour traiter les problèmes de santé mineurs ou assurer des contrôles de routine, notamment du fait de la forte spécialisation du personnel dans certaines pathologies chroniques (diabète, asthme, hypertension). Selon la même étude de 2006 (Hartmann, Ulmann et Rochaix), l'expérimentation menée en Suède a permis de montrer qu'un triage en amont par la régulation effectuée par le service

[34] Revue française des affaires sociales 2006 Hartmann, Ulmann & Rochaix, « Régulation de la demande de soins non programmées en Europe ».

d'information en santé permettait de faire baisser de 16 % la demande de consultations tant en ville que dans les services d'urgence.

Au Royaume-Uni, les conseillères infirmières, qui ont au moins cinq ans d'expérience, dialoguent avec les appelants, réalisent une évaluation clinique des symptômes et les conseillent sur la meilleure attitude à adopter, voire les adressent au segment le plus approprié des soins. L'évaluation clinique par téléphone suppose une compétence hautement spécialisée et les infirmières suivent une formation intensive pour s'y préparer. Les tâches déléguées sont principalement observables entre le personnel médical et non médical, suivant en cela le modèle américain du développement du rôle de praticiens.

En France, dès 2007, le rapport de Jean-Yves Grall sur la permanence des soins insistait sur le caractère essentiel d'une régulation adaptée en amont et proposait d'intégrer l'enseignement à la pratique de cette régulation dans le cursus de formation des médecins.

Tous les partenaires dans le cadre de la mission ont insisté sur le caractère essentiel de cette régulation ; les urgentistes, notamment, ont souligné avec force la nécessité d'une telle régulation en amont, considérant que tenter de mettre en place un tri lorsque le patient est d'ores et déjà physiquement présent aux urgences est beaucoup moins efficace, et présente de lourds inconvénients de responsabilité. Les mêmes interlocuteurs ont rapporté des expériences attestant de son efficacité. C'est ainsi que, dans plusieurs centres 15, seuls 30 % des appels donnent finalement lieu à consultation d'un médecin, les autres se concluant par l'envoi d'une ordonnance (15 %) ou par un conseil téléphonique. Ce sont autant de consultations et de passages aux urgences évités.

Au-delà de l'orientation, cette régulation doit ainsi bien être conçue comme l'opportunité de dispenser des conseils, voire d'adresser électroniquement des ordonnances. Des applications spécialisées, un renforcement de l'agilité des systèmes d'information, des outils d'aide pour les régulateurs, peuvent contribuer utilement à cette orientation.

A terme, des téléconsultations pourraient être dispensées par ces plates-formes comme le proposait déjà le rapport de Pierre Simon et Dominique Acker sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins (novembre 2008).

Il faut cependant noter que certaines études[35] insistent sur la nécessité de parfaire encore les algorithmes d'aide à la décision des régulateurs, le taux de pertinence de ces outils tel que présenté par cette étude s'établissant aujourd'hui à 97 %.

Un point de débat porte sur le niveau pertinent de la régulation :

- plusieurs départements (32) conservaient en 2015 un numéro spécifique de permanence des soins alors que les autres s'étaient ralliés au 15 ;

- d'autre part, plusieurs interlocuteurs auditionnés privilégient un numéro propre au territoire de santé plutôt que le 15.

Pour autant, pour obtenir le meilleur usage de la population quant au caractère systématique d'un appel à la régulation avant toute saisine d'un service ou unité d'urgence ou de soins non programmés, la simplicité et la lisibilité doivent être impérativement privilégiées. Aussi est-il proposé **que la régulation soit centralisée sur le 15, devenant le « numéro unique santé »**, à charge

[35] « Engorgement des centres d'urgences: une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents », OWHMPN Schreyer, B Yersin - Revue Médicale Suisse, 2006 - revmed.ch.

pour les régulateurs, avec l'aide d'outils et de systèmes d'information améliorés, d'orienter les patients de façon optimale. **Cette régulation doit donc être étendue la journée, 24 heures sur 24, là où elle ne l'est pas encore.**

La régulation médicale est aujourd'hui essentiellement assurée dans **les centres 15, qui sont les acteurs historiques de la télémédecine en France**, par les médecins régulateurs et les assistants de régulation médicale (ARM), rejoints, aux horaires de la PDSA et selon les territoires, par des médecins libéraux (pour les appels passés au 15, au 116-117, à d'autres numéros locaux ou à SOS Médecins.

Généraliser cette régulation médicale suppose de mobiliser, en journée et en semaine, suffisamment de médecins généralistes pour traiter l'ensemble des appels de patients en besoin de soins non programmés n'ayant pu joindre leur médecin traitant, ou ne disposant pas de médecin traitant, et pouvoir leur indiquer, en fonction de leur situation, et de leur localisation, la réponse la plus pertinente.

La régulation ainsi généralisée doit devenir, avec et comme le médecin traitant, un élément structurant et obligatoire du parcours de soins ; elle doit permettre d'apporter de façon constante, dans tous les territoires, une première réponse pertinente à la demande de soins.

Certaines ARS ont déjà engagé un chantier de développement de la régulation médicale libérale 24 heures sur 24, comme en Bourgogne-Franche-Comté, où l'expérimentation menée par le SAMU 71 (Saône-et-Loire) doit être évaluée avant l'été 2018.

L'extension de la régulation à la journée suppose un véritable changement d'échelle, puisque si, dans l'hypothèse idéale, tous les patients fréquentant aujourd'hui les urgences hospitalières susceptibles d'être pris en charge par un médecin de ville (43 % des passages aux urgences) appelaient ce numéro avant d'être orientés, ce serait 8,6 millions d'appels supplémentaires que la régulation devrait supporter soit un quasi-doublement.

La régulation téléphonique médicale représente aujourd'hui un coût de 300 M€ par an (250 M€ au titre des SAMU et 50 M€ pour les forfaits de régulation libérale), pour 11,8 millions de dossiers de régulation traités par les centres 15 (étant rappelés les chiffres de 24,6 millions d'appels au centre 15 et les 21 millions de passages aux urgences par an).

La DGOS indique que 5 millions d'appels traités supplémentaires représenteraient, à organisation similaire, un surcoût de 96 M€, avec le besoin de 315 ETP de régulateurs médicaux et 715 ETP d'assistants de régulation médicale supplémentaires. Pour 10 millions d'appels traités supplémentaires, ces chiffres seraient de 192 M€, 640 ETP de médecins, 1 430 ETP d'ARM. Bien entendu, la condition de mise en place de cette extension de la régulation à la journée est qu'elle ne le soit qu'à partir du moment où les personnels médicaux et non médicaux recrutés le sont en nombre suffisant pour assurer un service de qualité et, surtout, ne pas dégrader les temps de réponse et la qualité des appels pour urgences vitales ; aussi ne peut-elle être que progressive.

Il faut cependant mettre en regard de cet effort d'organisation et de moyens les économies attendues en termes de moindres passages peu justifiés aux urgences (coût unitaire pour l'assurance maladie : environ 180 €), et surtout d'aggravations évitées en cas de demandes de soins non traitées, de temps de trajet et d'attente aux urgences évité, d'amélioration du parcours de soins. Un autre avantage de cette extension de la régulation à la journée réside dans sa capacité à valider et objectiver des prises en charge (comme celle de transports hors urgences hospitalières).

Il convient de noter qu'une telle régulation, qu'il est urgent de mettre en place de jour pour orienter la demande de soins non programmés, pourrait à terme constituer un outil important d'orientation dans le parcours de soins en général que le foisonnement

des procédures et des parties prenantes rend difficilement lisible, en l'état, aux usagers. L'organisation des soins non programmés améliorerait l'organisation de l'ensemble des soins primaires.

4.5 La condition de fonctionnement optimal de cette régulation étendue est de pouvoir disposer d'une information numérique en temps réel sur la disponibilité de l'offre de soins non programmés la mieux adaptée

Pour que cette régulation soit pleinement crédible et efficace, il est essentiel que les régulateurs, et plus largement tous les professionnels de santé, disposent d'une information fiable et en temps réel sur la disponibilité avérée des offreurs de santé vers lesquels ils orientent les patients.

Plusieurs services commerciaux se développent, non seulement pour une prise de rendez-vous en ligne, mais également pour offrir une information sur l'offre de soins disponible la plus proche de l'endroit où se trouve le patient grâce à sa géolocalisation. Interconnectés avec la régulation téléphonique, ces services commerciaux peuvent permettre un adressage en temps réel. Il faut en outre noter que ces plates-formes facilitent, indépendamment de la régulation, l'optimisation de la gestion des soins non programmés : ainsi, Doctolib a indiqué que 12 % des rendez-vous annuels gérés par la plate-forme le sont dans les 24h.

L'expérience Terr-eSanté développée par l'ARS Île-de-France[36] montre que les pouvoirs publics peuvent mettre à la disposition du public une agrégation des informations fournies par ces divers services commerciaux dès lors qu'ils sont référencés et que leur fiabilité est validée. Centré sur la prévention, l'orientation, et la prise en charge du patient, le projet comporte :

1° Un service public de référence d'information en santé : où se soigner suivant sa pathologie, délais de prise de rendez-vous par spécialité, temps d'attente aux urgences, etc. ;

2° Un compte « patient » : Vaccinations, Plan Personnalisé de Soins, informations contextualisées, dématérialisation de démarches administratives (prise de rendez-vous en ligne et rappels, paiement en ligne, etc.) ;

3° Une offre de services collaboratifs pour les professionnels : dossier « patient » de coordination, centralisé et partagé entre les différents intervenants (vue de l'agenda patient, prise de rendez-vous par le professionnel pour le patient, accès à un réseau social interprofessionnel, outils de télésurveillance des malades chroniques, etc.) ;

4° Une offre de formation en ligne pour les professionnels (modules de e-learning) et pour les patients (modules d'éducation thérapeutique, *serious games*).

Inspiré de cette expérimentation, le portail Sante.fr en cours de déploiement par le ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre du service public d'information en santé (SPIS) prévoit d'ores et déjà un tel référencement. Doté d'un budget de 5M€ sur trois ans, ce projet vise à référencer après vérification de la fiabilité des informations les données issues de plusieurs sources sur l'offre de soins et sa géolocalisation (répertoire opérationnel des ressources ROR, répertoire national des

[36] https://www.lledefrance.ars.sante.fr/terr-esante-territoires-de-soins-numerlques.

professions de santé RNPS et portail Améli de l'assurance maladie notamment) et à contextualiser ces informations pour guider l'usager dans le parcours de soins. En phase pilote dans quelques régions, il doit couvrir le territoire national d'ici mi-2019. Ce portail renverra en outre sur les liens des différents opérateurs privés offrant des services de prise de rendez-vous en ligne et indiquant ainsi les disponibilités de professionnels. Ce projet doit donc permettre à la régulation, comme à tout professionnel de santé ou usager, de disposer de l'information nécessaire en temps réel pour orienter utilement le patient. Il est important que les moyens dédiés à ce projet soient confortés pour que les échéances soient respectées et que la fiabilité des informations soit dûment validée, sans quoi la crédibilité d'une régulation s'appuyant sur ce portail serait rapidement entamée.

Dans le même esprit, la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) propose que les centres de régulation puissent faciliter la prise de rendez-vous alternative à un passage aux urgences, à partir de leur logiciel. Le patient pourrait sélectionner un rendez-vous (consultation ou téléconsultation) et le médecin concerné recevrait le dossier de régulation.

Cet effort doit être démultiplié par l'affichage systématique de l'offre géo localisée en temps réel sur les sites des agences régionales de santé et, surtout, des établissements de santé.

Il faut cependant veiller à ce que l'interdiction de publicité imposée aux professions de santé par leur code de déontologie (article R. 4127-19 du Code de la santé publique pour les médecins) soit compatible avec une information suffisante des usagers sur ces points. Le ministère des Solidarités et de la Santé indique que le Conseil d'Etat a été saisi d'une réflexion globale sur l'évolution de l'interdiction de publicité des professions de santé et que cet aspect pourrait utilement lui être soumis.

Recommandation n°9 : Un numéro unique de santé, pour une régulation téléphonique 24 heures sur 24

Déployer progressivement sur les territoires, quand les organisations territoriales de soins non programmés se seront mises en place, une régulation médicale téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur un numéro unique de santé.

Recommandation n°10 : De la régulation téléphonique au conseil médical et à la télémédecine

Proposer progressivement, à ce même numéro, non seulement une régulation et une orientation médicales, mais également un conseil médical, une organisation du parcours de soins, des consultations de télémédecine.

Recommandation n°11 : Faire de la régulation téléphonique un maillon clé du parcours de soins

Dans le cadre du parcours de soins, inciter les usagers à systématiquement appeler leur médecin traitant ou la régulation médicale avant tout recours en vue d'un soin non programmé, que ce soit auprès d'un service d'urgence ou d'une organisation territoriale de soins non programmés.

4.6 Les conditions du succès

4.6.1 Privilégier simplicité et souplesse dans l'organisation de la prise en charge des soins non programmés

De nombreux interlocuteurs ont insisté sur les lourdeurs administratives qui bident leurs initiatives et parfois les inhibent notamment dans la mise en place des maisons pluridisciplinaires de santé .

- s'agissant de la SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), qui constitue la forme juridique obligatoire sous laquelle doivent se constituer, aux termes de l'accord cadre interprofessionnel (ACI), les maisons pluridisciplinaires de santé (MSP) ; a été ouverte en 2017[37] la possibilité d'un choix des associés entre le régime fiscal de l'impôt sur le revenu (IR) ou de l'impôt sur les sociétés (IS), la seule possibilité actuelle d'être imposés à l'IR amenant les membres de la société à être imposés sur des sommes qu'ils destinent à un investissement de la SISA ;

- en tout état de cause, il convient impérativement que les ARS mettent à disposition des professionnels volontaires un accompagnement soutenu, les dégageant des lourdeurs administratives dont on a pu constater qu'elles rebutaient ou décourageaient un grand nombre de professionnels ;

- il apparaît qu'une autre simplification appelée des vœux des professionnels serait de permettre au patient, en cas de soins non programmés, d'être remboursé sans pénalisation lorsqu'il consulte un professionnel de santé de la CPTS quand bien même il ne s'agit pas de son médecin traitant. Le code de la sécurité sociale permet actuellement une telle consultation sans pénalité lorsque le médecin consulté exerce dans un cabinet de groupe ou dans une maison pluridisciplinaire de santé mais à condition que ce soit dans les mêmes locaux. Il est donc nécessaire d'élargir par la loi cette possibilité à l'échelle d'une communauté de médecins s'étant organisés pour prendre, notamment, en charge les soins non programmés et ayant passé contrat avec une ARS ;

- dans le même esprit, le cahier des charges auquel devront répondre les réseaux de soins non programmés pour pouvoir être éligibles à un contrat avec les ARS devra être le plus simple et pragmatique possible, il ne devra pas fixer de modèle monolithique, et laisser l'ARS pleinement adapter le contrat au contexte territorial.

4.6.2 Mettre en place une meilleure information du public quant au recours pertinent à l'offre de soins

4.6.2.1 Développer des programmes d'éducation des patients aux réflexes face aux problèmes ressentis comme urgents

L'action « éducation à la santé familiale » (ESF) développée par la Mutualité sociale agricole (MSA) semble constituer un exemple à généraliser. Elle a pour but de conférer aux familles les connaissances et les compétences de base leur permettant de maintenir leur santé, de résoudre par

[37] Loi de finances rectificative pour 2016 du 29 décembre 2016.

elles-mêmes des problèmes de santé courants et de gérer des situations d'urgence à domicile, sans avoir à s'adresser systématiquement à un système de soins de premier recours.

L'ESF a été conçue pour s'adresser à toutes les familles, notamment celles avec jeunes enfants et personnes âgées, mais elle privilégie les publics :

- des populations en situation de précarité ;
- des populations éloignées de l'offre de soins primaires ;
- des assistants maternels et de crèches.

Ses deux axes principaux de mise en œuvre sont les familles, dans le milieu communautaire et les structures dédiées à l'enfance, et les jeunes, dans le cadre de leurs établissements scolaires et universitaires, pour des besoins d'éducation aux soins de santé particulièrement aigus.

L'ESF consiste en une formation de 9 à 12 heures s'adressant à des familles et/ou des adolescents volontaires. Elle comporte un tronc commun de quatre modules obligatoires :

- « santé et famille au quotidien », abordant les petits maux fréquents et leur résolution ;

- « traumatismes et agressions extérieures », concernant piqûres, brûlures, coupures, la pratique des pansements et des techniques de bandage ;

– « urgences familiales », les conduites à tenir face aux crises (convulsions, crises d'asthme, arrêt cardio respiratoire...) dans le cadre du lieu de vie ;

– « situations d'exceptions » (grands froids, canicule, pollution majeure...).

Chaque module a une durée de 2 à 3 heures, sauf « situations d'exception» qui consiste en la remise d'une documentation spécifique.

Les formateurs en ESF sont des professionnels de santé (médecins, infirmières, puéricultrices) experts du contenu des modules dans lesquels ils interviennent. Les participants au service sanitaire que les pouvoirs publics s'attachent à mettre en place pourraient utilement être mobilisés à ces fins de sensibilisation de la population (notamment dans les écoles, collèges et lycées).

4.6.2.2 Mener régulièrement des actions d'information du public

L'amélioration de l'information mise à disposition des patients par le biais de campagnes d'information semble naturellement les conduire à une utilisation plus adaptée du système. En Espagne, plusieurs campagnes nationales et régionales ont été engagées afin de promouvoir une utilisation adéquate des services de permanence des soins en fonction du problème de santé. En Suède, le même objectif a donné lieu à la diffusion large d'un bottin local, de brochures, livrets d'information ainsi que l'accès à des services Internet.

Tous les acteurs rencontrés dans le cadre de la mission ont insisté sur la nécessité de telles actions d'information vers les publics concernés et passant par tous les canaux existants : campagnes radio et télédiffusées, messages sur les sites internet du ministère, des ARS, des hôpitaux, affichage dans les cabinets médicaux, utilisation des réseaux sociaux, des journaux municipaux. Comme l'ont indiqué tant le directeur général de Santé Publique France que le président de la Fédération des Observatoires régionaux des urgences (FEDORU), l'efficacité de telles actions suppose que soient préalablement recensées, sur la base de l'exploitation des caractéristiques des populations fréquentant les urgences, les raisons de leur présence dans ces services. Ces analyses permettront de cibler les publics les plus concernés et d'adapter les messages d'information à leurs attentes. Les associations

d'usagers du système de santé et les organisations représentatives des professions de santé dont notamment les ordres peuvent utilement relayer ces compagnes d'information.

Plus globalement, ces campagnes d'information et de sensibilisation doivent être l'occasion de rappeler les enjeux qui s'attachent à un bon fonctionnement des services d'urgence, un recours inapproprié trop important gênant, voire menaçant, l'indispensable bonne prise en charge d'urgences réelles.

Comme le propose la FEDORU, la régulation médicale peut utilement participer à ces démarches de sensibilisation et d'information. Dans ce cadre, après appel du centre de régulation le patient reçevrait un lien vers une plateforme d'information personnalisée et un code personnel par mail ou SMS. Il pourait consulter ses documents sur la plateforme (envoi de conseil, de documents, de lien web permettant de donner de l'information positive ou d'orientation vers une filière de soin). Les points d'application peuvent être nombreux : lombalgies, ostéoporose, infection urinaire, colique néphrétique, thrombose veineuse, insuffisance cardiaque, etc.

Recommandation n°12 : Développer l'éducation, l'information, la communication autour de la pédagogie de ce nouveau parcours de soins

Développer une éducation permettant aux usagers de mieux se diriger dans le parcours de soins par une communication grand public, adaptée et relayée par les acteurs locaux, pour inviter à appeler la régulation avant de se déplacer, faire connaître les ressources disponibles, faire la pédagogie du réflexe à avoir en cas de problème inopiné de santé, et du parcours de soins dans son ensemble.

Recommandation n°13 : Compléter, enrichir, faire connaître le portail Santé.fr

Accélérer l'alimentation et enrichir le contenu du portail Santé.fr, pour qu'il permette à tous les citoyens, d'ici à 2019, de connaître l'offre de soins et en particulier l'offre de soins non programmés de leur territoire (horaires, géolocalisation, jour – nuit – week-end).

Recommandation n°14 : Une fois l'organisation territoriale des premiers soins mise en place, et la régulation téléphonique effective, mener des actions d'information ciblées sur les publics les plus concernés

Une fois que la régulation médicale de journée est en place et effective, et connaît l'offre de soins non programmés de son territoire, faire une grande campagne de communication sur le numéro d'appel santé et le site sante.fr, sur internet, dans les médias, sur le terrain et auprès des acteurs.

4.6.3 Faire du recours à la régulation téléphonique un élément clé, et incité, du parcours de soins, comme pour le médecin traitant

La loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 a bâti le parcours de soins autour du médecin traitant, celui-ci étant ainsi conforté dans son rôle d'orientation vers les spécialistes ; pour ce faire, le ticket modérateur applicable à des consultations d'un généraliste différent du médecin traitant et de spécialistes – sauf pour certaines spécialités : gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, psychiatrie – non orientées par le médecin traitant a été fixé à 70 % au lieu de 30 % en cas de consultation résultant d'un adressage par le médecin traitant.

De la même façon, il serait possible de considérer qu'une fois le territoire national suffisamment couvert par des organisations de réponse à la demande de premiers soins, une régulation 24/24h mise en place de façon effective, et l'information des assurés suffisamment développée, il serait légitime d'appliquer une majoration de ticket modérateur au remboursement des consultations aux urgences hospitalières ne résultant pas d'un adressage par le médecin traitant ou le centre 15.

Il convient cependant d'éviter que la mise en place d'une telle hypothèse ne constitue un obstacle à l'accès aux soins. Il faut par ailleurs souligner qu'à ce jour, les hôpitaux se dotent encore d'outils pour facturer le ticket modérateur lui-même et que la montée en charge des outils sera nécessairement longue. Il faut noter que certains pays (notamment l'Irlande, la Suède et la Belgique) ont mis en place de tels dispositifs de co-paiement des assurés. Comme dans ces pays, il conviendrait de définir un certain nombre d'exonérations de telles participations notamment pour les personnes en situation de précarité et les enfants atteints de certaines pathologies, comme c'est le cas pour la majoration hors parcours de soins aujourd'hui.

4.6.4 Développer les partages de tâches entre médecins et autres professionnels de santé

L'accueil des soins non programmés peut être un point privilégié d'expérimentation de partages de tâches entre professionnels de santé offrant l'opportunité aux médecins de pleinement se concentrer sur leur expertise.

La revue des études réalisées sur la pratique avancée infirmière dans douze pays de l'OCDE par Marie-Laure Delamaire et Gaëtan Lafortune en 2010 (« Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés »), démontre qu'un meilleur partage de tâches entre médecins et infirmiers permet non seulement de dégager du temps médical utile, mais également d'améliorer l'état de santé de la population suivie sans dégradation de la sécurité des soins, et reçoit une satisfaction générale de la population. Cette revue bibliographique montre également que la France accuse un retard important en la matière par rapport à des pays (comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni, le Canada ou encore la Finlande) où ce type de fonctionnement est développé depuis plusieurs décennies. En effet, plusieurs freins existent en France : l'insuffisante pratique, jusqu'à une date récente, en cabinets de groupe, un financement à l'acte de chaque profession alors qu'un financement à la performance permet de développer ces coopérations, et un insuffisant approfondissement du dialogue entre médecins et autres professionnels de santé sur les conséquences d'un partage de tâches en termes de responsabilité.

La France a pourtant initié certaines démarches pour encourager l'exercice professionnel groupé autour de certaines pathologies dont l'IRDES a dressé des évaluations positives. On peut citer à cet égard l'expérimentation Asalée (Action de santé libérale en équipe) de coopération généralistes/infirmiers de suivi des malades chroniques ainsi que le dispositif de parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) offrant un guichet unique permettant à la personne âgée de plus de 75 ans, à ses proches ou à un professionnel de santé d'organiser un suivi pluridisciplinaire sanitaire et médico-social de l'intéressée. De même, le projet de décret relatif aux infirmiers de pratique avancée en cours de concertation marque une avancée significative en ce sens, même s'il ne résout pas tout puisqu'il est centré sur le suivi des patients chroniques.

Les expérimentations de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 semblent offrir un cadre tout à fait adapté à ce type de partage de tâches. Ces expérimentations visent en effet notamment à :

- développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;
- favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

Comme l'ont admis bon nombre des acteurs auditionnés lors de la mission, les infirmiers pourraient se voir confier un rôle majeur dans ce cadre ; il pourraient en effet réaliser les premiers interrogatoires des patients et réaliser, sous la supervision du médecin, et dès lors que ceci serait

clairement encadré par des protocoles nationaux, un certain nombre d'actes simples que leur formation leur permet d'effectuer : sutures, immobilisations simples, traitement des plaies et ulcères, prise en charge des cystites, test de dépistage pour les angines, renouvellement d'ordonnances pour les traitements au long cours, suivi des paramètres de base (tension artérielle, équilibre des glycémies, etc.) » .

Dans de nombreux cas, s'agissant notamment des personnes à mobilité réduite – et notamment les personnes âgées en situation de perte d'autonomie – à domicile, ou encore les résidents des EHPAD, il serait plus opérant de confier cette consultation aux infirmiers plutôt que d'avoir à mobiliser (souvent sans succès d'ailleurs) des médecins devant alors réaliser une visite.

S'agissant des environ 22 000 pharmacies implantées en France, il faut rappeler qu'aux côtés des urgences, elles constituent une porte d'entrée sur les soins toujours ouverte et sont ainsi particulièrement bien placées pour offrir des premiers soins non programmés dès lors que leur traitement s'inscrit dans des protocoles. Les syndicats de pharmaciens auditionnés mettent en avant le succès de l'expérimentation de la vaccination en officine, de la prise en charge de l'asthme et de la dispensation sans prescription obligatoire de la pilule du lendemain et proposent de pouvoir dispenser, sous protocole et avec traçage obligatoire dans le dossier pharmaceutique, un certain nombre de traitements pour la cystite, l'angine, les antalgiques de niveau 2, ou, encore, le traitement des allergies saisonnières (si elles ont donné lieu à une première prescription une année donnée).

Les représentants des pharmaciens mettent en avant la facilitation de l'accès aux soins que peut constituer le remboursement de la dispensation sans prescription de médicaments par la pharmacie pour certaines pathologies courantes ; cela permet d'éviter à des patients n'ayant pas les moyens d'acheter les médicaments d'aller aux urgences pour obtenir une prescription. Economiquement, ils citent une étude IMS Health chiffrant à 850M€ le coût de traitements courants dont 690M€ était lié aux consultations médicales nécessaires à l'obtention d'une prescription. Ils indiquent d'ailleurs que des concertations doivent s'engager avec le ministère des Solidarités et de la Santé sur l'élaboration du décret sur les conseils et prestations susceptibles d'être dispensés par les officines en application de l'article L.5125-1° à 8° introduit par l'article 38 de la loi du 21 juillet 2009.

Les kinésithérapeutes, quant à eux, pourraient se voir reconnus un certain nombre de gestes sans prescription, en accès direct, comme le traitement des entorses dans le strict cadre des protocoles nationaux.

Recommandation n°15 : Libérer du temps médical en renforçant la coopération entre les professionnels

Pour libérer du temps médical et renforcer la coopération et les parcours, développer les soins coordonnés entre les médecins et les autres professionnels de santé via le partage de compétences dans le cadre de protocoles nationaux à mise en œuvre locale permettant l'accès direct à des soins infirmiers de premier recours, à des visites infirmières à domicile, à des consultations et actes réalisés par les pharmaciens et les kinésithérapeutes.

Boîte à outils de protocoles-types mise à la disposition des acteurs de terrain : 2018.
Evaluation : 2020.

Recommandation n°16 : Encourager les visites à domicile et les partager entre les professionnels de santé

Revaloriser les tarifs de la visite à domicile et faciliter sa délégation à d'autres professionnels de santé dans le cadre de protocoles nationaux (boîte à outils nationale tenue par les ARS et sur Sante.fr à la disposition des professionnels de santé).

Recommandation n°17 : Renforcer l'accès aux soins pour les personnes âgées en EHPAD

Pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées en EHPAD, et libérer du temps médical, permettre aux médecins coordonnateurs d'EHPAD de prescrire et d'être médecin traitant, si les résidents le souhaitent.

Le projet pilote netCare de consultations en officine pharmaceutique mené en Suisse

Pour compenser la baisse de la démographie médicale, la Suisse a développé, entre 2012 et 2014, un projet pilote dénommé « netCare » permettant aux pharmaciens de dispenser des consultations de premier recours pour des situations simples en suivant des arbres de décision bâtis entre pharmaciens et médecins et en pouvant avoir recours à un centre de télémédecine en tant que de besoin. 162 officines regroupant 500 pharmaciens environ ont participé à cette phase pilote.

Chaque consultation donne lieu à suivi téléphonique à 3 jours. Les consultations peuvent, selon l'appréciation du pharmacien, soit donner lieu à une consultation simple par le pharmacien, soit à une consultation de télémédecine, soit à l'adressage à un médecin généraliste, soit, enfin, à l'adressage à un service d'urgence. Le bilan dressé fait apparaître que le motif des 4.500 consultations étaient pour l'essentiel des cystites aigues féminines (41 %), des conjonctivites (23 %) et des pharyngites (6 %). Dans 75 % des cas, il s'est agi d'une consultation simple par le pharmacien, dans 17 % des cas d'un recours à la télémédecine dans 5 % des cas d'adressage à un généraliste et dans 2 % des cas à un adressage aux urgences. Le suivi téléphonique a montré que, pour les consultations dispensées par le seul pharmacien, 84 % des patients avaient noté une amélioration de leur état dans les 3 jours, 9% ont consulté un médecin dans ces 3 jours et 7% ont nécessité une poursuite ou une adaptation du traitement après les 3 jours.

Source : revue « Prescrire », 16 janvier 2017

4.6.5 Développer la formation dans les réseaux de soins non programmés

Comme dans le cadre global du plan d'accès territorial aux soins, il convient de développer le nombre de maîtres de stages et de stages eux-mêmes dans ces organisations tant dans un but de formation des futurs médecins que d'apport en compétences d'appui à ces réseaux.

Par ailleurs, et comme il ressort des échanges avec les représentants des internes de médecine générale, il est important que des modules d'enseignement à la régulation soient intégrés à la formation, initiale ou continue, des médecins généralistes.

Enfin, il apparait comme indispensable de renforcer la formation des Assistants de Régulation Médicale (ARM).

4.6.6 Pleinement utiliser les potentialités du numérique

4.6.6.1 Dossier médical partagé et messagerie sécurisée de santé

La généralisation du DMP (dont le déploiement global est prévu pour 2019) devra permettre un échange entre les professionnels de santé participant sur un même territoire à la prise en charge des soins non programmés, et un retour d'information systématique au médecin traitant lors de tout soin non programmé dispensé par un autre professionnel de santé. **Ce doit être une priorité.**

La CNAMTS indique que dès sa création, le DMP est automatiquement alimenté par l'historique des données de remboursement de l'assurance maladie des 12 derniers mois (24 derniers mois depuis le 30 octobre 2017).

Le DMP a également vocation à être alimenté des documents essentiels à une bonne coordination du parcours des patients, avec notamment :

Professionnels de santé	Type(s) de document attendu(s) prioritaires
Médecin traitant	Volet de Synthèse Médicale (VSM)
Spécialistes	Compte rendu de consultation
Spécialistes (Cancérologie)	Dossier Communicant de cancérologie (DCC)
Biologiste	Compte-Rendu d'examens
Radiologue	Compte-Rendu d'imagerie médicale
Kinésithérapeute	Bilan d'examen
Infirmier	Dossier de Soins infirmiers
Etablissement de santé	CR d'Hospitalisation (ou lettres de sorties), CRO CRA et CR de résultats de biologie, CR de Consultation: au fil de l'eau et avec l'historique de ces documents pour le patient dans l'établissement
EHPAD	Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)

Source : Acsantis.

Des travaux techniques et des expérimentations sont engagés avec les éditeurs, les établissements de santé ainsi que les professionnels de santé libéraux pour permettre une alimentation simplifiée (« en un clic ») voire automatique pour les documents clefs.

Il s'agit de simplifier l'accès et l'utilisation du DMP par les professionnels de santé en cabinet de ville ou en établissement de santé ou médico-social. Des travaux ont été engagés avec les éditeurs de logiciels pour mieux les intégrer au système d'information du DMP. Le premier objectif est de donner au professionnel de santé l'information de l'existence d'un DMP pour son patient, avec une consultation facilitée. Pour cela, l'information est signalée de manière visible par la présence d'un bouton « DMP » dédié dans le dossier patient du professionnel de santé disponible dans son logiciel. Afin d'éviter toute surcharge de travail, la connexion (interfaçage) du DMP se fait directement avec les logiciels métiers (logiciel des professionnels de santé libéraux, ou dossier patient intégré des établissements de santé) des professionnels de santé, tant en ville qu'avec les établissements de soins (hôpitaux, cliniques, EHPAD…).

Plusieurs interlocuteurs auditionnés ont souligné qu'à ce stade, le DMP n'était pas configuré pour offrir une information structurée ce qui en limite l'usage optimal. Le ministère de la Santé et des Solidarités a cependant indiqué à la mission qu'à terme, le DMP a vocation à être structuré selon les standards internationaux.

Parallèlement, l'outil le plus pertinent pour l'échange d'information est donc la messagerie sécurisée, d'autant que le logiciel « Apicrypt », utilisé par la majorité des médecins, répond désormais aux standards imposés par l'ASIP[38].

Ces échanges d'informations au sein des organisations de soins non programmés et vers le médecin traitant ont été facilités par l'article 96 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 qui permet ce type d'échanges sans avoir à demander l'accord préalable du patient, mais en veillant néanmoins à ce qu'il n'y soit pas opposé.

Il convient en revanche d'améliorer les flux d'information entre ville et hôpital : malgré la publication du décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, les professionnels de santé de ville soulignent l'absence trop fréquente de communication des établissements de santé avec eux et l'absence systématique de transmission de la lettre de liaison alors que les hôpitaux déplorent l'absence de lettre d'adressage par les médecins traitants.

Recommandation n°18 : Le partage de l'information, le travail d'équipe, la formation d'étudiants

Prévoir que les organisations de soins non programmés labellisées s'engagent à pratiquer les tarifs opposables de la sécurité sociale, le tiers payant (conformément aux propositions du rapport IGAS d'octobre 2017 sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant), à utiliser une messagerie sécurisée de santé.
Encourager l'utilisation d'un système d'information partagé et l'accueil d'étudiants.

4.6.6.2 Le développement de la télémédecine / téléconsultation / téléexpertise

Des expérimentations de télé-médecine ont été menées, sur la base de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, dans 9 régions pilotes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a, sur la base de l'évaluation de ces expérimentations dressée par la DGOS, prévu la généralisation de la télé-médecine, dès lors que les partenaires à la convention médicale auront conclu un accord sur la tarification de cette nouvelle activité et au plus tard le 1er juillet 2019, date à laquelle cette généralisation se substituera donc au régime actuel d'expérimentation. Un certain nombre de freins administratifs et techniques doivent également être levés pour pleinement déployer cet outil : généralisation du haut débit sur l'ensemble du territoire (le plan gouvernemental prévoyant une couverture progressive d'ici 2022), utilisation du numéro NIR, poursuite de la montée en charge de l'informatisation des cabinets médicaux et de la messagerie sécurisée (encouragée par le forfait structure de la rémunération sur objectifs de santé publique « ROSP »), montée en charge de l'inter-opérabilité des logiciels, autorisation du tiers payant. Cette généralisation offre de grandes opportunités pour la prise en charge des soins non programmés notamment dans les zones sous-denses :

- elle peut permettre aux professionnels en réseau structuré pour l'accueil des soins non programmés de contourner les contraintes de l'éventuel éclatement des lieux d'implantation, notamment en s'appuyant sur les pharmacies équipées ;

- elle leur permet de recueillir à distance des avis de spécialistes ; pour les patients à domicile, elle permet aux membres des équipes de soins primaires de prodiguer des conseils et de réaliser de premiers diagnostics ;

[38] Agence des systèmes d'information partagés de santé.

- pour les EHPAD, des téléconsultations peuvent pallier l'absence de médecin dans la structure ;
- elle doit progressivement être pleinement intégrée à la régulation permettant ainsi au régulateur, comme c'est déjà le cas dans plusieurs pays comparables au nôtre, d'affiner diagnostic et conseils.

4.6.7 Garantir la pérennité économique des organisations de soins non programmés

Le diagnostic préalable à la contractualisation que devra réaliser l'ARS devra permettre d'assurer la pérennité de la structure, soit par l'existence d'une activité correspondant au point mort (la modélisation du cabinet Acsantis de 2017 fixant ce dernier entre 28 et 35 consultations/médecin par jour selon le type de structure) soit, en l'absence de l'atteinte d'un tel seuil mais compte tenu du contexte territorial, par un effort de financement sur le FIR ou, pour ceux des réseaux agréés dans le cadre des expérimentations de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, par le fonds d'innovation en santé créé par le même article.

Ces financements publics doivent, en tout état de cause, que ce soit par les financements de l'ACI des MSP, l'accord cadre des centres de santé, le forfait structure conventionnel, ou encore un financement FIR ou FIS de CPTS, aider à prendre en charge trois fonctions :

- la coordination des soins ;
- l'accueil et l'orientation des patients ainsi que les fonctions support en général ;
- le système d'information interopérable avec les systèmes d'information des autres partenaires et comportant une messagerie sécurisée répondant aux standards.

4.6.8 Renforcer les incitations financières à la participation à la prise en charge des soins non programmés

Le volet optionnel du forfait de structure prévu par la convention médicale prévoit d'ores et déjà un indicateur d'accueil de soins non programmés mais avec une pondération assez faible que les partenaires conventionnels pourraient revoir à la hausse. De même, l'accord ACI des MSP et l'accord national des centres de santé prévoient déjà, dans le socle de base, une obligation d'accueil des soins non programmés au sein de l'indicateur d'amplitude horaire d'ouverture qui pourrait être mieux valorisée.

4.6.9 Expérimenter la prise en charge par la sécurité sociale des transports nécessaires vers les structures de soins non programmés

Dès lors que le centre de régulation l'estime justifié, il semblerait logique, comme le proposait le rapport de 2015 de Jean-Yves Grall, de rembourser les transports sanitaires non seulement vers les urgences hospitalières, mais également vers les structures de soins non programmés à la condition qu'elles aient contractualisé avec l'ARS. Cette réforme s'inscrirait dans le cadre des réflexions en cours au ministère des Solidarités et de la Santé sur la déconnexion entre remboursement attaché à la structure et état de santé des patients : en l'état, la réglementation subordonne le remboursement d'un transport sanitaire à une hospitalisation sans référence à la capacité ou non de l'assuré de se rendre seul ou accompagné dans l'établissement de santé.

Ainsi, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté prévoit d'expérimenter, à Montbard[39], Bletterans et Baume-les-Dames, des modalités d'orientation des ambulances privées et des VSAV (véhicules de secours et d'assistance aux victimes) vers des structures autres que les services d'urgence.

Or, il est sans conteste plus pertinent de tenir compte de l'incapacité du patient à se rendre dans un lieu de soins, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire, dès lors que cette incapacité est médicalement attestée, que de tenir compte de la seule structure dans laquelle il doit se rendre. En l'occurrence, l'incapacité du patient à se rendre dans une structure de premiers soins labellisée par l'ARS serait attestée par la régulation médicale.

Ainsi que le souligne par exemple l'ARS Centre-Val-de-Loire, la bonne accessibilité aux ambulances des maisons de santé et des cabinets médicaux participant à l'organisation de soins non programmés doit également être développée, afin d'encourager et de faciliter ce changement de pratique des pompiers et ambulanciers.

Recommandation n°19 : Décloisonner l'organisation des transports sanitaires grâce à la régulation téléphonique

Elargir le remboursement de transports sanitaires à partir du domicile au-delà d'un acheminement vers les urgences lorsque le transport est déclenché par la régulation médicale vers les organisations territoriales de soins non programmés labellisées par les ARS.

[39] A Montbard (Côte-d'Or), la fermeture d'un service d'urgence s'est accompagnée d'une dotation dédiée, de 120 000 € par an, pour la garde ambulancière liée au site de soins non programmés qui en prend la suite.

CONCLUSION

Protéger les Français, c'est assurer à chacun, quel que soit son lieu de vie, son âge ou son milieu social, l'accès aux soins.

Notre système de santé est arrivé à bout de souffle et sa transformation est devenue indispensable. Il a été pensé dans les années 50, pour des personnes jeunes avec une grande problématique de pathologies aigues, infectieuses notamment. Aujourd'hui, nous sommes plus nombreux, nous vivons plus âgés et avec l'âge arrivent les multiples problèmes de santé qui nécessitent plus de soins. La société a évolué. Les attentes et les demandes de soins de la population ne cessent de croitre. Les jeunes médecins aspirent à un rythme de vie plus serein que leurs ainés. Le SAMU et les centres 15 ont peu à peu été déviés de leur essence, la médecine d'urgence.

Il est essentiel de se mettre en mesure de toujours apporter une réponse à la demande de soins. Cela ne doit plus passer uniquement par les services d'urgence dont l'engorgement, par des demandes de consultations ne nécessitant pas leurs compétences ni leur plateau technique, est établi et partagé dans le milieu médical depuis plusieurs années. On ne saurait en faire supporter la responsabilité aux patients tant leurs difficultés pour trouver un médecin en ambulatoire sont importantes et leur information sur l'offre et la pertinence des soins insuffisante.

La prise en charge des soins non programmés est une mission essentielle, de service public, de la médecine générale. Un médecin n'est pas un cadre comme un autre, il a une responsabilité sociale envers la population de son territoire.

Compte tenu des problèmes de démographie médicale que nous subissons, fruit d'années de non-décisions politiques, il nous faut réinventer notre système de premier recours, l'accompagner vers plus de modernité. L'organisation de la réponse à la demande de soins non programmés à l'échelle d'un bassin de vie est une opportunité pour structurer l'ensemble de l'offre de soin du quotidien en développant enfin le partage des tâches entre professionnels de santé tout en laissant le médecin traitant au centre du parcours de soins. Les ARS doivent veiller à susciter, inciter et accompagner au plus près dans chaque territoire, les initiatives des professionnels de santé.

Au niveau national, il est nécessaire de mettre en place des outils permettant d'informer plus et mieux nos concitoyens sur la disponibilité et l'offre de soins. La mise en place d'une régulation, non plus seulement de l'urgence vitale mais de la demande de santé, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 partout sur le territoire devient incontournable compte tenu de la demande pour répondre au meilleur niveau aux Français dans leur urgence. Mettre à disposition des acteurs les outils numériques modernes, notamment en matière de télémédecine, permettra d'améliorer encore le fonctionnement de notre système de soin et le niveau de soins apporté à la population.

L'ensemble de ces propositions est à mettre en perspective avec les autres travaux en cours pour la transformation de notre système de santé. Transformation nécessaire pour être en capacité d'assurer le premier accès aux soins et après celui-ci le parcours de soins adapté et performant pour tous les Français.

RECOMMANDATIONS

Structurer l'organisation territoriale de la réponse à la demande de soins non programmés

Recommandation n°1 : Assurer, dans tous les territoires, une réponse aux demandes de premiers soins

Assurer, d'ici deux ans, une couverture du territoire en offre de soins non programmés :

- en donnant un cadre national à déclinaison locale, adapté par les ARS dans leur échange avec les acteurs de terrain ;
- et en inscrivant dans la loi le principe de responsabilité territoriale des professionnels de santé en matière de prise en charge des premiers soins.

Plan national et/ou loi : 2018.
Instruction aux ARS : 2018.
Objectif de mise en œuvre : 2020.

Recommandation n°2 : Labelliser des organisations de réponse aux premiers soins

Labelliser, après incitation des initiatives des professionnels de santé et appels d'offre, des organisations de soins non programmés / premiers soins :

- par bassin de vie (2 000 sur le territoire dans la définition INSEE) ;
- répondant à un cahier des charges minimal le plus simple et lisible possible ;
- en privilégiant les CPTS ;
- dans le cadre de contrats territoriaux de santé entre les professionnels et les ARS ;
- incluant les hôpitaux et les EHPAD du territoire.

Adopter la même démarche de contractualisation / labellisation pour les centres de soins non programmés / accueils de premiers soins issus de la transformation des services d'urgence hospitaliers, dont les effectifs d'urgentistes ou le niveau d'activité ne permet pas le maintien à l'identique.
A partir du 2ème semestre 2018, avec l'objectif d'une généralisation effective en 2020.

Recommandation n°3 : Des demi-journées dédiées aux soins non programmés, élément d'un contrat des médecins avec la population et le territoire

Faire de l'obligation de proposer des demi-journées de soins non programmés une clause obligatoire du cahier des charges des organisations de soins non programmés passant contrat avec les ARS avec transmission d'un planning de continuité du soin non programmé à la régulation téléphonique, mis en ligne (www.sante.fr) et mis à jour.

Recommandation n°4 : Renforcer les financements actuels vers les équipes de professionnels de santé qui s'engagent pour leur territoire

Augmenter le poids de la rémunération des soins non programmés dans les financements individuels et collectifs existants, accordés en contrepartie d'objectifs de performance dans le cadre du contrat conclu entre l'ARS et l'organisation de soins de premier recours (recommandation n°2) : ROSP (individuelle) et ACI (collective).

Financer selon un forfait modulé en contrepartie d'indicateurs de performance les fonctions administratives de l'organisation territoriale de soins non programmés passant contrat avec l'ARS. Cette rémunération est indexée aux engagements, aux performances, au territoire et à la population couvertes.

Recommandation n°5 : Modifier la loi pour permettre aux médecins d'une organisation de soins non programmés labellisée par l'ARS d'être considérés comme le médecin traitant du patient le consultant, au regard des majorations de ticket modérateur appliqués pour le respect du parcours de soins.

Loi.

Recommandation n°6 : Faciliter le recours direct aux examens les plus simples d'imagerie et de biologie

Dans un cadre protocolisé, permettre aux maisons de santé engagées dans l'organisation territoriale de réponse aux soins non programmés de recourir sur place à l'imagerie et à la biologie, non seulement pour les prélèvemens mais aussi pour l'analyse des prélèvements les plus courants, en fonction de leur situation appréciée par l'ARS (distance au laboratoire d'analyses partenaire, horaires de fonctionnement, volume d'activité).

Arrêté.

Recommandation n°7 : Orienter les agences régionales de santé et les caisses d'assurance maladie davantage vers l'appui, l'accompagnement, la simplification plutôt que le contrôle

Favoriser l'accompagnement plutôt que le contrôle des organisations prenant en charge des soins non programmés.
Simplifier et réduire le cahier des charges de l'ACI et les remontées d'information demandées.
Rendre gratuit l'enregistrement au registre des sociétés et du commerce lors d'ajouts et de changements de membres d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).
Ces propositions s'inscrivent dans le cadre du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

Recommandation n°8 : Impliquer, mobiliser et associer les collectivités territoriales, intercommunalités et départements en particulier

S'appuyer sur les élus et les collectivités, avec une communication et des formations en direction des élus, le renforcement des liens entre les CPTS et les EPCI, et, en particulier dans les départements plus ruraux, un rôle accru du conseil départemental comme chef de file.

Cette proposition s'inscrit dans le cadre du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

Etendre la régulation médicale à la journée pour orienter la demande de soins non programmés vers l'offre la mieux adaptée

Recommandation n°9 : Un numéro unique de santé, pour une régulation téléphonique 24 heures sur 24

Déployer progressivement sur les territoires, quand les organisations territoriales de soins non programmés se seront mises en place, une régulation médicale téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur un numéro unique de santé.

Recommandation n°10 : De la régulation téléphonique au conseil médical et à la télémédecine

Proposer progressivement, à ce même numéro, non seulement une régulation et une orientation médicales, mais également un conseil médical, une organisation du parcours de soins, des consultations de télémédecine.

Recommandation n°11 : Faire de la régulation téléphonique un maillon clé du parcours de soins

Dans le cadre du parcours de soins, inciter les usagers à systématiquement appeler leur médecin traitant ou la régulation médicale avant tout recours en vue d'un soin non programmé, que ce soit auprès d'un service d'urgence ou d'une organisation territoriale de soins non programmés.

Mettre en place les autres conditions du succès de l'organisation territoriale de la réponse à la demande de soins non programmés : informer la population sur le parcours de soins, libérer du temps médical, et développer la prise en charge à domicile

Recommandation n°12 : Développer l'éducation, l'information, la communication autour de la pédagogie de ce nouveau parcours de soins

Développer une éducation permettant aux usagers de mieux se diriger dans le parcours de soins par une communication grand public, adaptée et relayée par les acteurs locaux, pour inviter à appeler la régulation avant de se déplacer, faire connaître les ressources disponibles, faire la pédagogie du réflexe à avoir en cas de problème inopiné de santé, et du parcours de soins dans son ensemble.

Recommandation n°13 : Compléter, enrichir, faire connaître le portail Santé.fr

Accélérer l'alimentation du portail Santé.fr et enrichir son contenu, pour qu'il permette à tous les citoyens, d'ici à 2019, de connaître l'offre de soins, et en particulier l'offre de soins non programmés de leur territoire (horaires, géolocalisation, jour – nuit – week-end).

Recommandation n°14 : Une fois l'organisation territoriale des premiers soins mise en place, et la régulation téléphonique effective, mener des actions d'information ciblées sur les publics les plus concernés

Une fois que la régulation médicale de journée est en place et effective, et connaît l'offre de soins non programmés de son territoire, faire une grande campagne de communication sur le numéro d'appel santé et le site sante.fr, sur internet, dans les médias, sur le terrain et auprès des acteurs.

Recommandation n°15 : Libérer du temps médical en renforçant la coopération entre les professionnels

Pour libérer du temps médical et renforcer la coopération et les parcours, développer les soins coordonnés entre les médecins et les autres professionnels de santé via le partage de compétences dans le cadre de protocoles nationaux à mise en œuvre locale permettant l'accès direct à des soins infirmiers de premier recours, à des visites infirmières à domicile, à des consultations et actes réalisés par les pharmaciens et les kinésithérapeutes.

Boîte à outils de protocoles-types mise à la disposition des acteurs de terrain : 2018.
Evaluation : 2020.

Recommandation n°16 : Encourager les visites à domicile et les partager entre les professionnels de santé

Revaloriser les tarifs de la visite à domicile et faciliter sa délégation à d'autres professionnels de santé dans le cadre de protocoles nationaux (boîte à outils nationale tenue par les ARS et sur Sante.fr à la disposition des professionnels de santé).

Recommandation n°17 : Renforcer l'accès aux soins pour les personnes âgées en EHPAD

Pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées en EHPAD, et libérer du temps médical, permettre aux médecins coordonnateurs d'EHPAD de prescrire et d'être médecin traitant, si les résidents le souhaitent.

Recommandation n°18 : Le partage de l'information, le travail d'équipe, la formation d'étudiants

Prévoir que les organisations de soins non programmés labellisées s'engagent à pratiquer les tarifs opposables de la sécurité sociale, le tiers payant (conformément aux propositions du rapport IGAS d'octobre 2017 sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant), à utiliser une messagerie sécurisée de santé.
Encourager l'utilisation d'un système d'information partagé et l'accueil d'étudiants.

Recommandation n°19 : Décloisonner l'organisation des transports sanitaires grâce à la régulation téléphonique

Elargir le remboursement de transports sanitaires à partir du domicile au-delà d'un acheminement vers les urgences lorsque le transport est déclenché par la régulation médicale vers les organisations territoriales de soins non programmés labellisées par les ARS.

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre
Cab/JOD/CB/P-D -17-28930

Paris, le 30.11.2017

Monsieur le Député, Cher Thomas

Le plan gouvernemental pour renforcer l'accès territorial aux soins, présenté le 13 octobre dernier par le Premier Ministre et moi-même, entend favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue dans les territoires.

L'une de ses priorités est de garantir une réponse médicale aux demandes de soins non programmés des patients. Cette demande s'entend comme le besoin ressenti par un patient d'accéder à une consultation médicale dans un délai court, par exemple dans les 24h. Ces demandes recouvrent des motifs diverses, qui trouvent une réponse en majorité dans le cadre de consultations de médecine générale, certaines demandes pouvant toutefois être de réelles urgences médicales.

Une diversité d'organisations professionnelles existe aujourd'hui pour répondre à ces demandes, principalement portées par la médecine de ville. En point de départ de votre mission, vous ferez un état des lieux de ces initiatives en cours, notamment des organisations en soins primaires et des centres de soins non programmés mis en œuvre dans certaines régions.

L'objectif est d'assurer, en fonction des caractéristiques de chaque territoire, l'accès à une réponse aux demandes de soins non programmés des patients, qui tienne compte de l'offre présente sur ce territoire et de la capacité des patients d'y recourir. Ceci répond à une exigence de qualité et de sécurité des soins pour nos concitoyens et à un enjeu d'organisation pour les professionnels de santé. C'est également une condition au bon fonctionnement des services d'urgence.

.../...

Monsieur Thomas MESNIER
Député de la Charente
ASSEMBLÉE NATIONALE
126, rue de l'Université
75355 PARIS SP

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS07 SP – TÉL. (33) 01.40.56.60.00

A la suite du diagnostic des organisations existantes, dans le cadre de la présente mission :

- Vous recueillerez les attentes des usagers et des professionnels intéressés à cette prise en charge, notamment des médecins généralistes et des médecins urgentistes.

- Vous interrogerez les ARS sur leurs expériences et stratégies dans ce domaine.

- Vous identifiez les freins (organisationnels, réglementaires, financiers, etc.) à lever et les conditions de réussite à réunir pour organiser territorialement l'accès à ces consultations de soins non programmées, notamment portées par les organisations en soins primaires.

- Dans une perspective d'organisation territoriale des soins, vous vous attacherez à qualifier le rôle de chaque offreur, les critères de qualité et de sécurité auxquels il doit satisfaire, les modalités de coopération et de complémentarité entre les différentes modalités de prise en charge du patient et l'organisation du recours des patients. Vous pourrez aussi faire des recommandations concernant l'articulation de l'offre de consultations non programmées avec le dispositif de permanence des soins ambulatoires.

- De façon plus spécifique, dans le cas de centres de soins non programmés, vous proposerez des éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de déterminer les attendus minimaux de telles structures ainsi que leurs conditions de portage et de fonctionnement. Vous préciserez le modèle économique associé à ce type d'organisation, en distinguant les coûts associés au lancement de cette activité et ceux liés à son fonctionnement courant.

Dans votre démarche vous accorderez une attention particulière à l'information du patient et à la continuité de son parcours de soin, plus précisément à l'information du médecin traitant lorsque ces consultations sont réalisées par un autre médecin.

Dans l'exercice de cette mission vous bénéficierez de l'appui spécifique d'un IGAS et vous pourrez vous appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins, du secrétariat général, de la DREES, de la direction de la sécurité sociale et de la CNAMTS.

Vos travaux devront aboutir à la fin du premier trimestre 2018 et donner lieu à un rapport complet assorti de propositions concrètes permettant la mise en œuvre par les ARS.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Député, l'expression de ma considération distinguée.

Amitiés

Agnès BUZYN

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Ministère des Solidarités et de la Santé[40]

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé.

Cabinet de la ministre des Solidarités et de la Santé :

- Raymond Le Moign, directeur de cabinet ;
- Yann Bubien, directeur adjoint du cabinet ;
- Dr Jacques-Olivier Dauberton, conseiller.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS) :

- Jean Debeaupuis, inspecteur général ;
- Véronique Wallon, inspectrice générale
- Pierre-Louis Bras, inspecteur général ;
- Francis Fellinger, inspecteur général ;
- Daniel Lenoir, inspecteur général ;
- Christian du Boscq, inspecteur général ;
- Charles de Batz, inspecteur général.
- Dr Anne-Carole Bensadon, inspectrice ;
- Clémence Marty-Chastan, inspectrice ;
- Eve Robert, inspectrice ;
- Nicolas Pauliac, inspecteur.

Stratégie de transformation du système de santé (STSS) :

- Pierre Pribile, directeur général de l'Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, pilote du chantier 5 « Repenser l'organisation territoriale des soins » ;
- Clémence Mainpin, chargée de mission, DGOS ;
- François Farhi, consultant, CMI ;
- Thomas Coone, consultant, CMI.

Direction générale de l'offre de soins (DGOS) :

- Cécile Courrèges, directrice générale ;
- Thomas Deroche, sous-directeur de la régulation des soins (R) ;
- Sylvie Escalon, adjointe au sous-directeur de la régulation du système de soins (R);
- Clémence Charras, cheffe du bureau du premier recours (R2) ;
- Laurent Gadot, économiste, bureau R2 ;
- Dr Michel Varroud-Vial, conseiller médical de la DG ;
- Carole Merle, adjointe à la cheffe du bureau R2.

[40] Cabinet, inspection, directions, établissements publics, y compris quand ils sont également rattachés à d'autres ministères.

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) :

- Laurence Lavy, cheffe du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées (par téléphone).

Haute Autorité de Santé

- Dr Marie-Hélène Rodde-Dunet, cheffe du service de l'évaluation de la pertinence des soins et de l'amélioration des pratiques ;
- Dr Stéphanie Schramm, adjointe.

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)

- Denis Raynaud, directeur ;
- Julien Mousquès, directeur de recherche ;
- Zeynep Or, économiste.

Direction de la sécurité sociale (DSS) :

- Mathilde Lignot-Leloup, directrice ;
- Thomas Wanecq, sous-directeur de la 1ère sous-direction (financement du système de soins) ;
- Hugo Gilardi, adjoint au sous-directeur de la 1ère sous-direction ;
- Laurent Butor, chef du bureau 1A (Etablissements de santé et établissements médico-sociaux) ;
- Claire Bonello, cheffe du bureau 1B (relations avec les professions de santé) ;
- Claire Montete, chargée de mission au bureau 1B ;
- Abla Maache, chargée de mission au bureau 1B ;
- Marion Montiel, bureau 1B ;
- Dr Marine Jean-Baptiste, chargée de mission auprès du sous-directeur de la 1ère sous-direction.

Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) :

- Philippe Cirre, délégué par intérim ;
- Giovanna Marsico, déléguée au service public d'information en santé (SPIS).

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) :

- Jean-Marc Aubert, directeur ;
- Renaud Legal, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie ;
- Fabien Toutlemonde, chef du bureau des établissements de santé ;
- Dr Albert Vuagnat, conseiller médical, bureau des établissements de santé.

Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) :

- Anne-Marie Brocas, directrice ;
- Nicolas Kanhonou, secrétaire général adjoint.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) :

- Nicolas Revel, directeur général ;
- Delphine Champetier de Ribes, directrice du cabinet du directeur général ;

- Dr Philippe Ulmann, directeur de l'offre de soins ;
- Hedda Weissmann, responsable du département des professions de santé ;
- Sandrine Frangeul, adjointe au responsable du département des professions de santé ;
- Dr Ayden Tajahmady, adjoint au directeur de la stratégie, des études et des statistiques ;
- Florence Lalardrie, adjointe au responsable du département de l'hospitalisation ;
- Clélia Pienne, chargée de mission au cabinet du directeur général.

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) :

- Dr Philippe Labatut, directeur du contrôle médical et de l'organisation des soins ;
- Dr Benoît Crochet, directeur de la prévention et de la promotion de la santé ;
- Dr François Frété, médecin conseiller technique national chargé des maladies chroniques, coordonnateur du programme national d'éducation thérapeutique du patient (ETP) de la MSA.

Agence nationale de santé publique (Santé publique France) :

- Pr François Bourdillon, président ;
- Dr Céline Caserio-Schönemann

Autres ministères et administrations

Ministère de l'Intérieur

Inspection générale de l'administration (IGA)

- Philippe Sauzey, inspecteur général, membre de la mission IGA-IGAS d'évaluation de la mise en œuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente.

Agences régionales de santé (ARS), et personnes rencontrées lors des déplacements organisés par les ARS

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

- Dr Jean-Yves Grall, directeur général ;
- Igor Busschaert, directeur de l'organisation des soins ;
- Corinne Rieffel, directrice déléguée pilotage opérationnel et 1er recours ;
- Angélique Grange, responsable du pôle offre de soins de premier recours ;
- Cécilia Haas, directrice de la communication ;
- Elisabeth Fery-Lemonnier, conseillère médicale de la DG.

Professionnels rencontrés par la mission à Lyon, Ecully, Vaulx-en-Velins (Rhône)

- Dr Olivier Bénéton, directeur de la clinique du Val d'Ouest, Ecully ;
- Dr Marjorie Ferrier, praticien de la maison médicale de l'enfant, clinique du Val d'Ouest, Ecully ;
- Catherine Imbert, directrice des soins, maison médicale de l'enfant, clinique du Val d'Ouest, Ecully ;
- Aude de L'Escaille, cadre de santé référente de la maison médicale de l'enfant, clinique du Val d'Ouest, Ecully ;

- Dr Vincent Rébeillé-Borgella, médecin généraliste, quartier Etats-Unis, Lyon 8e, SG de l'URPS médecins, MG France ;
- Francis Contis, président de la fondation dispensaire Grand Lyon (FDGL), Centre de santé Jean Goullard, Vaulx-en-Velin ;
- Dr Marine De Pontbriand, médecin généraliste, centre de santé Jean Goulard, Vaulx-en-Velin
- Pierre-Yves Méguin, directeur des affaires financières du centre de santé Jean Goullard, Vaulx-en-Velin
- Leslie Touflet, directrice des ressources humaines du centre de santé Jean Goullard, Vaulx-en-Velin.

ARS Bourgogne-Franche-Comté

- Pierre Guichard, adjoint à la directrice de l'animation territoriale ;
- Géraldine Bonnin, chargée de mission, aide médicale urgente ;
- Karine Mazet, référente installation, soins de proximité ;
- Céline Laurent, référente installation, soins de proximité.

ARS Bretagne

- Hervé Goby, directeur de la stratégie régionale en santé ;
- Marine Chauvet, directrice adjointe de l'offre ambulatoire, direction de la stratégie régionale en santé ;
- Julie Longy, chargée de mission santé ;
- Dr Patrick Airaud, conseiller médical.

ARS Corse

- José Ferri, responsable du pôle démographie, professionnels de santé et patients, direction de l'organisation et de la qualité de l'offre de santé ;
- Xavier Pieri, coordinateur des professionnels de santé.

ARS Centre-Val de Loire

- Pierre-Marie Détour, DG adjoint ;
- Thibault Rousselot, référent exercices regroupés, soins non programmés, urgences, cellule organisation – planification de l'offre de soins, unité organisation de l'offre de soins, direction de l'offre sanitaire ;
- Anne Gueguen, responsable du département de la gestion prévisionnelle des professionnels de santé ;
- Sandrine Loiseau-Melin, cheffe de cabinet de la DG.

Professionnels rencontrés en région Centre-Val de Loire

Orléans (45) :
- Dr Naima Bouraki, médecin généraliste, MSP de l'Argonne ;
- Josepha Delgado, coordinatrice, MSP de l'Argonne ;
- Dr Laurent Bréchat, médecin généraliste, MSP d'Avoine ;
- Mylène Rouzaudcornabas, URPS ;
- Laïla Chatoui, coordinatrice de MSP ;
- Pauline Lepeuve, coordinatrice de MSP ;
- Christine Rolin, coordinatrice de MSP ;

- Sylvaine Ramond, coordinatrice de MSP ;
- Amandine Frémon, coordinatrice de MSP ;
- Cécile Sorano, coordinatrice de MSP.

Loches (37) :
- Dr Jean-Pierre Peigné, médecin généraliste, CPTS Sud-Lochois ;
- Gisèle Gravier, coordinatrice, CPTS Sud-Lochois ;
- Frédéric Lebeau, médecin généraliste, CPTS Sud-Lochois
- Dr Isabelle Reben, responsable de la PUI, CH de Loches ;
- Tiphaine Pinon, directrice adjointe du CH de Chinon et de Loches.

ARS Grand Est

- Muriel Vidalenc, directrice générale ;
- Emilie Toupenet, cheffe de cabinet du directeur général ;
- Wilfrid Strauss, directeur des soins de proximité ;
- Frédéric Charles, directeur adjoint des soins de proximité ;
- Annie Genova, chargée de mission animation territoriale ;
- Amélie Derotte, chef de service territorial des établissements de santé ;
- Dr Frédérique Viller, responsable du département Publics spécifiques ;

Préfecture :
- Éric Freysselinard, préfet de Meurthe-et-Moselle.

Professionnels rencontrés à Nancy :

- Dr Loïc Libot, médecin urgentiste, CMSI Nancy ;
- Pascale Perrot, chargée de mission urgences ;
- Dr Guilaine Kieffer-Desgrippes, URPS ;
- Dr Vincent Royaux, président du Conseil régional de l'Ordre des médecins ;
- Dr Dan Sellam, SOS 67 ;
- Pascal Enrietto, directeur de la CPAM des Vosges ;
- Dr Alain Prochasson, médecin généraliste ;
- Dr Maria Riff, médecin généraliste ;
- Dr Bruno Maire, Observatoire régional des urgences ;
- Agnès Pillonel, chargée de mission en charge de La Passerelle ;
- Dr Franck Bressler, président du Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle de l'Ordre des médecins ;
- Dr Eliane Abraham-Bendelac, membre du Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle de l'Ordre des médecins ;
- Pr Marc Braun, doyen de la faculté de médicine ;
- Dr Marie-Catherine Isoardi, URPS ;
- Dr Véronique Guillotin, sénatrice ;
- Anne Texier, directrice, Conseil régional de la région Grand Est ;
- Muriel Vidalenc, directrice générale déléguée Ouest de l'ARS ;
- Dr Olivier Hanriot, médecin généraliste ;
- Dr Pauline Grapin, médecin généraliste ;
- Dr Damien Gonthier, médecin généraliste.

ARS Hauts-de-France

- Christine Van Kemmelheke, directrice adjointe de l'offre de soins.

ARS Ile-de-France

- Dr Romain Hellmann, référent thématique régional urgences, responsable de la cellule anticipation et régulation des soins non programmés ;
- Aquilino Francesco, adjoint au directeur du pôle ambulatoire, service des professionnels de santé ;
- Didier Jaffre, directeur de l'offre de soins ;
- Pierre Ouanhon, directeur du pôle ambulatoire ;
- Séverine Romil, service permanence des soins ambulatoires.

Professionnels de santé rencontrés en région Ile-de-France :

- Pr Enrique Casalino, chef de service, urgences, hôpital Bichat ;
- Dr Christophe Choquet, médecin urgentiste, urgences, hôpital Bichat.
- Dr Hector Falcoff, MSP Lahire (Paris XIIIe arr.) ;
- Dr Thomas Jactat, Médipôle, Nanterre ;
- Dr Fabrice Trarieux, Médipôle, Nanterre.

ARS Normandie

- Christine Gardel, directrice générale ;
- Cécile Chevalier, adjointe au directeur de l'offre de soins ;
- Julie Decoutère, cheffe de cabinet de la directrice générale ;
- Sandra Milin, directrice de l'offre de soins ;
- Françoise Aumont, directrice départementale du Calvados et de la Manche ;
- Dr Hélène Laynat, référente médicale urgences ;
- Charlotte Lemasson, référente établissements ;
- Sandrine Merle, référente administrative urgences.

Elus :

- Eric Barbanchon, maire d'Isigny-sur-Mer.

Professionnels de santé rencontrés à Aunay-sur-Odon, Saint-Lô, Isigny-sur-Mer

- Olivier Ferrendier, directeur du centre hospitalier Aunay-Bayeux ;
- Dr Magali Labidi, en sa double qualité de présidente de la CME et de chef de service des urgences ;
- Dr Maud Fuentes, praticien hospitalier ;
- Dr Evelyne Jahier-Martiens, ancienne présidente de CME du CH d'Aunay-sur-Odon
- Sophie Rousset, cadre
- Irène Buisson, cadre de l'unité
- Céline Rault, directrice adjointe en charge du site d'Aunay
- Dr Damien Sineux, responsable du SAMU 50
- Dr Antoine Leveneur, président de l'URML-ML de Normandie, médecin généraliste à Caen ;
- Dr Franck Rivière, médecin généraliste, maison de santé d'Isigny-sur-Mer ;
- Dr Emmanuelle Sohier, médecin généraliste, maison de santé d'Isigny-sur-Mer ;
- Jeannine Philibien, infirmière, maison de santé d'Isigny-sur-Mer ;
- Dr Marie Morice, pharmacienne, Isigny-sur-Mer ;

- Dr Edouard Plût, médecin généraliste, remplaçant, maison de santé d'Isigny-sur-Mer ;
- Clément Héloin, interne, maison de santé d'Isigny-sur-Mer.

ARS Nouvelle-Aquitaine

- Michel Laforcade, directeur général ;
- Samuel Pratmarty, directeur de l'organisation des soins et de l'autonomie.
- Eric MORIVAL, Directeur de la Délégation départementale Lot-et-Garonne
- Docteur Catherine HERVY, Médecin Inspecteur de Santé Publique
- Nadine LAHILLE, Chargée de mission soins de premier recours et transports sanitaires

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lot-et-Garonne

- Bénédicte SAMSON, Directrice

Conseil départemental de Lot-et-Garonne

- Joel HOCQUELET, Vice-président du CD47 en charge de la démographie médicale
- Raymond GIRARDI, Conseiller départemental du canton des Forêts de Gascogne et Président de la Communauté des communes des Coteaux et Landes de Gasconne
- Pascale TRIJAUD, Chargée de mission démographie médicale

Professionnels de santé rencontrés en Nouvelle-Aquitaine :

- Dr Guillaume Darmaillacq, Landes (par téléphone).

• Conseil de l'Ordre des médecins en Lot-et-Garonne
  - Docteur Michel DURENQUE

• Pôle de santé Coteaux et Landes de Gasconne
  - Estelle BARTH, Pharmacienne – Présidente du pôle
  - Philippe RUAULT, Vice-président du pôle
  - Patrick DURRIEU, Médecin généraliste
  - Flavie THIRIAU, Coordonnatrice du pôle
  - Audrey DEBUT, Infirmière ASALEE

• Centre Hospitalier de Casteljaloux
  - Catherine DARIES, Directrice
  - Julie CASTILLO, Présidente du Conseil d'administration et Maire de Casteljaloux

• Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de Casteljaloux
  - Daniel FARRUGIA, Président

ARS Pays de la Loire

- Christophe Duvaux, directeur général adjoint ;
- Raphaël Jarrige, référent installation ;
- Evelyne Rivet, responsable animation des politiques de territoire ;
- Marie Normand, inspectrice.

ARS Occitanie

- Dr Jean-Jacques Morfoisse, directeur général adjoint ;
- Dr Eric Schwartzenruber, responsable du pôle des soins primaires.

ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur

- Dr Norbert Nabet, directeur général adjoint ;
- Dr Marie-Françoise Miranda, médecin conseil, responsable de l'organisation du premier recours ;
- Monsieur Michel CHIARA, Responsable du service de la régulation financière et de la contractualisation et responsable de la PDSA ;
- Dr Marie-Claude DUMONT, conseiller médical du directeur général ;
- Dr Vincent UNAL : directeur adjoint en charge des grands établissements de la direction de l'organisation des soins

Professionnels de santé rencontrés à Marseille :

- Pr Pierre Michelet, chef de services des urgences du CHU La Timone ;
- Dr Cini, médecin généraliste ;
- Dr Filippi, médecin généraliste ;
- Pr François Kerbaul, chef de service du SAMU 13 ;
- Dr Franck Peduzzi, médecin-chef du bataillon des marins pompiers de Marseille ;
- Vice-Amiral Charles-Henri Garié, marins pompiers de Marseille.
- Maison régionale de santé Malpassé :
  - Dr MEZI Yazid ;
  - Dr Hadiji Slim
  - Dr Menichetti Jean-Marie
  - Dr Bendavid Paul
  - Dr Din Gha David
  - Dr Abdou Chakour Said
  - Dr Boulanger Christophe

Autres acteurs – Associations, entreprises, fédérations, syndicats

Association des Médecins urgentistes de France (AMUF) :

- Dr Patrick Pelloux, Président

Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) :

- Yanis Mérad, président ;
- Samuel Valéro, vice-président.

Association de pharmacie rurale (APR) :

- Dr Albin Dumas, président.

Association Soins coordonnés :

- Dr Olivier Koehret, président ;
- Peggy Wihlidal, directrice ;
- Astrid Kerfant, responsable projets et développements.

Association nationale des centres hospitaliers locaux (ANCHL) :

- Youen Carpo, délégué.

Conférence des présidents de commissions médicales d'établissements (PCME) de CHU

- Pr Jean-Emmanuel de la Coussaye, président de la CME du CHU de Nîmes, conférence des présidents de CME de CHU ;
- Dr David Harel, vice-président de la CME du CHU de Caen, conférence des présidents de CME de CHU ;

Conférence des présidents de commissions médicales d'établissements (PCME) de CH

- Dr Thierry Godeau, président de la CME du CH de La Rochelle-Ré-Aunis, président de la conférence des présidents de CME de CH ;
- Dr Jean-Marie Woehl, président de la CME du CH Colmar, conférence des présidents de CME de CH ;
- Dr Pierre Charestan, président de la CME du CH Robert-Ballanger, conférence des présidents de CME de CH.

Cabinet Acsantis

- Dr Dominique Depinoy, président ;
- Dr Camille Popot, consultante.

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) :

- Luc Duquesnel, président.

Conseil national de l'ordre des infirmiers :

- Patrick Chamboredon, président ;
- Catherine Jochmans-Moraine, conseillère.

Conseil national de l'ordre des médecins

- Patrick Bouet, président ;
- François Simon, président de la section exercice professionnel.

Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

- Pascale Mathieu, présidente.
- Jean-François Dumas, conseiller national

Conseil national de l'urgence hospitalière

- Pr Pierre Carli, président.

Conseil national de l'ordre des pharmaciens

- Carine Wolf-Thal, présidente ;
- Jean-Marc Glémot, président Poitou-Charentes.

Conseil national professionnel de la médecine d'urgences (CNP Urgences) :

- Pr Dominique Pateron, président du collège national professionnel de médecin d'urgence ;
- Dr François Braun, président Samu-Urgences de France ;
- Pr Bruno Riou, président de la Collégiale nationale des universitaires de médecine d'urgence ;
- Dr Agnès Ricard-Hibon, présidente de la Société française de médecine d'urgence ;
- Dr Albert Birynczyk, syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée ;

Convergence infirmière (CI)

- Christophe Chabot, président.

Doctolib :

- Stanislas Niox-Château, président, co-fondateur ;
- Henri Pitron, directeur des affaires publiques ;
- Julien Méraud, directeur du marketing.

Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU)

- Dr Gilles Viudes - Président de la FEDORU

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) :

- Philippe Gaertener, président.

Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (FEHAP)

- Dr Françoise Durandière, conseiller médical
- Stéphanie Rousval, directrice offre de soins et coordinatrice des parcours de santé par intérim
- Julien Moreau, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie

Fédération hospitalière de France (FHF) :

- Alexandre Mokédé, responsable du pôle organisation sanitaire.

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) :

- Lamine Gharbi, président ;
- Dr Michel Ballereau, délégué général ;
- Thierry Bechu, délégué général MCO ;
- Béatrice Noellec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale.

Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) :

- Dr Pascal Gendry, président ;
- Pascal Chauvet, vice-président ;
- Dr Didier Ménard, secrétaire général.

Regroupement national des organismes gestionnaires de centres de santé (RNOGCS) :

- Dr Hélène Colombani, présidente de la fédération nationale des centres de santé (FNCS) ;
- Dr Didier Duhot pour la FNCS ;
- Laurence David, pour la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale des mines ;
- Laetitia Berrar, pour la Croix Rouge française ;
- Roland Walger (coordinateur RNOGCS), pour la Fédération des mutuelles de France.

Fédération de soins primaires (FSP) :

- Dr Philippe Marissal, président.

Fédération des médecins de France (FMF) :

- Dr Jean-Paul Hamon, président.

Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS) :

- Dr Claude Leicher, président.

Fédération française des masseurs kinésithérapeuthes rééducateurs (FFMKR)

- Daniel Paguessorhaye, président ;
- Olivier Jean Marty, secrétaire général.

Fédération française des médecins généralistes (MG France) :

- Dr Jacques Battistoni, président ;
- Dr Badis Hadrouf.

Fédération nationale des infirmiers (FNI) :

- Philippe Tisserand, président.

Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services pour les personnes âgées (FNADEPA) :

- Annabelle Vêques-Malnou, directrice.

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) :

- Dr Philippe Besset, vice-président.
- Pierre FERNANDEZ, directeur général

Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO) :

- Nathalie Maubourguet, présidente ;
- Geneviève Haggai-Driguez, secrétaire générale.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) :

- Bruno Ventelou, économiste.

Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-MG) :

- Maxence Pithon, président.
- Maria Ghali , vice-présidente

ISNI (Intersyndicale nationale des internes) :

- Jean-Baptiste Bonnet, Président (excusé)

Medadom :

- Nathaniel Bern, directeur.

Mon Docteur :

- Thibault Lanthier, directeur général ;
- Nicolas Klein, directeur technique.

Qare :

- Dr Alexandre Maisonneuve, directeur ;

Docly

- Olivier Namin, Directeur dévelopement international
- Lionel Hoellinger, directeur France

SOS Médecins France :

- Dr Pierre-Henri Juan, président :
- Dr Serge Smadja, secrétaire général.

Syndicats des médecins libéraux (SML) :

- Dr Philippe Vermesch, président ;
- Dr Sophie Bauer, secrétaire générale.

Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) :

- Sayaka Oguchi, présidente.

Syndicat national des masseurs kinésithérapeuthes rééducateurs (SNMKR) :

- Stéphane Michel, président ;
- Yvan Tourjansky, secrétaire général
- Guillaume Rall, chargé de mission

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) :

- Alain Laforêt, président de la Fédération française des diabétiques ;
- Féreuze Aziza, chargée de mission assurance maladie ;
- Gérard Raymond, président de la Fédération française des diabétiques.

Union nationale des professionnels de santé :

- Dr François Wilthien, président ;
- Dr William Joubert, secrétaire général.

Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS) :

- Dr Eric May, président, Malakoff (92) ;
- Dr Alain Beaupin, Paris 10e ;
- Dr Frédéric Villebrun, Champigny-sur-Marne (94).

Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) :

- Dr Gilles Bonnefond, président ;
- Dr Marie-Josée Augé-Caumon, conseillère ;
- Bénédicte Bertholom, responsable des affaires réglementaires.

Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) :

- John Pinte, vice-président

Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) :

- Valérie Paris, économiste, division Santé ;
- Caroline Berchet, économiste, division Santé.

Université Paris Est Créteil :

- Yann Videau, professeur assistant.

ANNEXE – APPRECIATION, A PARTIR DE L'ENQUETE DE LA DREES, DU TAUX DE PASSAGES AUX URGENCES HOSPITALIERES QUI AURAIT PU FAIRE L'OBJET D'UNE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

En 2013, la DREES a réalisé une enquête nationale portant sur les urgences hospitalières. Cette enquête un jour donné visait à décrire les caractéristiques médicales des patients pris en charge, comprendre la genèse des recours, caractériser les difficultés d'aval des urgences et décrire la diversité des organisations et des fonctionnements des structures des urgences.

Les données issues de cette enquête sont disponible en accès libre[41].

Il est important de rappeler qu'elles sont issues de l'appréciation *a posteriori* des médecins au vu des patients – et non *a priori* sur la base de critères objectifs pouvant déterminer une orientation en amont.

A partir du tableau 6 « l'appréciation de l'adéquation du recours aux urgences selon la tranche d'âge du patient et la zone géographique du recours aux urgences », des exploitations simples permettent d'estimer le taux de patients qui aurait pu être pris en charge en ville, sous certaines conditions.

Sur les 52 018 patients pris en charge aux urgences le 11 juin 2013, 46,6 % (soit 24 231,29 patients[42]) nécessitaient une prise en charge en urgence à l'hôpital, indépendamment de l'urgence ressentie par le patient.

Par ailleurs, 42,9 % des patients auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste ou spécialiste le jour même ou le lendemain et à condition, pour certains patients, que le médecin ait la possibilité de faire pratiquer des examens complémentaires.

En effet, l'enquête distingue :

---

41 http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx

42 Les données ont été pondérées par la DREES pour prendre en compte leurs défauts d'exhaustivité, d'où des nombres décimaux.

1) les patients qui auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin le jour même : ils représentent 16,5 % des patients pris en charge aux urgences[43] (soit 8559,24 patients) ;

2) les patients qui auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet le lendemain : 12,4 % (6462,64 patients) ;

3) les patients qui auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin le jour même et de pouvoir faire pratiquer des examens complémentaires (par exemple biologie, imagerie…) le jour même : 6,4 % (3324,28 patients) ;

4) les patients qui auraient pu être pris en charge par un médecin spécialiste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin le jour même : 3,2 % (1675,1 patients) ;

5) les patients qui auraient pu être pris en charge par un médecin spécialiste en cabinet le lendemain : 2,7 % (1379,03 patients) ;

6) les patients qui auraient pu être pris en charge par un médecin spécialiste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin le jour même et de pouvoir faire pratiquer des examens complémentaires le jour même : 1,7 % (901,93) ;

7) les patients qui auraient pu être pris en charge dans leur EHPAD s'il y avait une présence infirmière (IDE) jour et nuit ou s'il y avait une présence médicale en journée le week-end : 0,2 % (91,5 patients).

Par ailleurs, 10,4 % des patients n'ont pas été catégorisés pour cause d'absence de réponse ou de catégorie autre que celles citées supra.

Par agrégation, on obtient ainsi les catégories suivantes :

- 28,9 % des patients auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste le jour même ou le lendemain ;

- 35,3 % des patients auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste le jour même ou le lendemain à condition que le médecin ait la possibilité de faire pratiquer des examens complémentaires ;

- 5,9 % des patients auraient pu être pris en charge par un médecin spécialiste le jour même ou le lendemain ;

- 7,6 % des patients auraient pu être en charge par un médecin spécialiste le jour même ou le lendemain à condition que le médecin ait la possibilité de faire pratiquer des examens complémentaires ;

- 42,9 % des patients auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste ou spécialiste le jour même ou le lendemain à condition que le médecin ait la possibilité de faire pratiquer des examens complémentaires.

[43] 52 018 patients ont été pris en charge aux urgences le jour de l'enquête.