



FOCUS SUR LA MISSION FLASH SUR LES URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMES

Rapport remis le 1^{er} juillet 2022

Alors que les organisations syndicales du versant hospitalier de la fonction publique dénoncent les problèmes depuis longtemps, le président de la république et ses gouvernements successifs ont semblé découvrir la « crise de l'hôpital » lors de la crise sanitaire de 2020¹.

De nombreux rapports étaient déjà disponibles^{2,3,4,5,6}, mais le président de la république, pour avoir une énième analyse et des pistes de solution, a choisi une connaissance, en effet M. BRAUN président de l'association SAMU de France l'avait conseillé pour son programme de candidat à la présidence de la république.

M. BRAUN reprend des propositions qu'il portait au nom de l'association qu'il préside, d'autres semblent en parfaite opposition !!!

En devenant ministre de la santé, il mettra donc en œuvre ses propres recommandations !!

Dans le cadre de son association il a eu des mots très durs et méprisants vis-à-vis des sapeurs-pompiers et des S.I.S. « homme de Néandertal », et le site samu-urgences-de-france.fr/ affiche « Loi MATRAS = DANGER ! », alors quel est l'objectif du nouveau ministre de la santé ?

La CGT qui défend un réel service public de transport attaché à l'hôpital, avec un secours médical uniforme sur l'ensemble du territoire.

La para-médicalisation faite par le SSSM sous statut volontaire doit cesser.

De plus 66% des infirmiers SPV ont leur activité professionnelle à l'hôpital, et ils pallieraient donc les manques de l'hospitalière dont ils sont issus !

Au-delà d'un statut précaire, la question de la couverture géographique n'est même pas un sujet tant elle est disparate dans les SIS, la raquette est percée voir très aléatoire !

A suivre une fiche de lecture du rapport de la mission flash portée par M. BRAUN.



Fiche de lecture pour ceux qui n'ont pas encore lu le rapport mais qui veulent en connaître l'essentiel

Quoi retenir du rapport et du dossier de presse ?

Le rassurisme « nous faisons confiance aux professionnels de santé pour élaborer des propositions. » (P3).

- **Des constats** : « une liste malheureusement non exhaustive 133 services d'urgence en difficulté [...] Quasiment tous (119/133) souffrent d'une pénurie de médecins urgentistes » (P13), « La perte de densité médicale, passée de 79,8 à 77,8 médecins pour 100.000 habitants en cinq ans, et devenue de plus en plus inégalitaire entre territoires » (P15), « A ce jour, 10% des postes d'ARM sont vacants ([...] enquête AFARM au 14/04/2022, sur 52 SAMU-Centre 15 dont 9 en mode SAS) ce qui représenterait 250 à 300 ETP d'ARM au niveau national. » (P24).

- **Des restrictions d'accès aux urgences** : « n'allez pas directement aux urgences, appelez le 15 ! » (P4), A l'entrée des urgences, cette organisation repose sur la facturation du forfait de réorientation des urgences qui doit être simplifiée dans sa mise en oeuvre. Une telle organisation a été mise en place dans plusieurs services d'urgence et donne satisfaction tant aux patients qu'aux soignants ». (P34), « R n°24 : Autoriser la suspension d'activité partielle d'un SU dans une logique territoriale » (P36).

- **La réaffirmation de mesures déjà prises** (parfois depuis plusieurs années) **mais sans qu'elles aient été réellement mises en œuvre** (comme la fin de l'hospitalocentrisme ou la fin des déserts médicaux) :

« Permettre l'ouverture des maisons médicales de garde le samedi matin » (P4), « Inciter les médecins généralistes à prendre des patients qui leur sont adressés par le 15 (majoration de 15€ de la consultation) » (P4), « Augmenter le recours à la télémédecine, notamment en mobilisant une infirmière auprès du malade si besoin. » (P5), « Accélérer le déploiement de la plateforme du service d'accès aux soins » (P6), « Les solutions ne sont pas forcément les mêmes sur tout le territoire, la place devra être laissée aux initiatives locales » (P7), « Création d'une nouvelle possibilité, pour le SAMU / SAS, de mobiliser des transporteurs sanitaires (ambulances) pour conduire des patients vers un cabinet de médecine libérale ou une maison médicale de garde [...] » (P9), « Sur certains territoires, réinterrogation, par les agences régionales de santé, des schémas de permanence des soins hospitaliers, le cas échéant en recomposant l'offre présente et/ou en favorisant une vision coordonnée entre établissements publics et privés. » (P9), « Accompagnement des expérimentations d'unités mobiles de télémédecine [...] » (P10), « R n°1 : Informer la population avec une campagne nationale et locale sur le bon usage des services d'urgence » (P23), « la pression sur les services d'urgences résulte en partie d'une trop faible éducation à la santé et d'une méconnaissance des réflexes d'orientation et de temporisation en cas de besoin inopiné d'accès aux soins. » (P23), « D'autres possibilités existent, en particulier auprès des médecins généralistes, pour que « tout » ne finisse pas dans un service d'urgence » (P23), « R n°18 : Prioriser le maintien d'une ligne de SMUR mutualisée avec les urgences en organisant parallèlement la continuité des soins au sein de l'établissement » (P32),



« R n°22 : Autoriser temporairement une équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU) » (P34), « En cas d'indisponibilité du SMUR pour une situation identifiée d'urgence vitale, l'envoi sur zone par le SAMU d'un vecteur embarquant une équipe paramédicale de médecine d'urgence formée et supervisée à distance par le médecin régulateur peut permettre une première intervention pour sauvegarder les chances du patient, le temps qu'un SMUR plus lointain n'arrive. [...]

Cette mesure, dérogatoire et temporaire, ne préjuge pas de l'organisation d'une réponse graduée et de la création d'un niveau intermédiaire entre le secouriste et le SMUR qui doit être défini avant l'automne. » (P34), « R n°23 : Réguler les admissions soit à l'entrée du service soit par la régulation médicale préalable par le SAMU/SAS » (P35) « R n°28 : Prolonger l'autorisation d'exercice des PADHUE » Les quelques 4000 médecins étrangers titulaires d'un diplôme hors Union Européenne qui exercent actuellement dans les hôpitaux vont devoir quitter le pays si leur dossier n'est pas rapidement traité. [...] Ces commissions ont pris beaucoup de retard, menaçant le maintien en poste de ces médecins pourtant essentiels au fonctionnement des hôpitaux. » (P37), « R n°31 : Fluidifier les parcours de soins non programmés relevant de la psychiatrie en incitant à l'organisation de lieux d'accueil non programmés intersectoriels à disposition du SAMU et des urgences » (P38), « R n°38 : Mise en place obligatoire de la fonction de « gestionnaire de lits » dans tous les établissements de santé sièges de SU » (P41), AXE N°6 : DYNAMISER LA POLITIQUE RH (HÔPITAL) Les professionnels de santé, particulièrement au sein de l'hôpital public, regrettent une **perte de sens de leur métier de soignant**. (P49).

La reprise de préconisations du pacte de refondation des urgences : « mise en place de 22 sites pilotes [SAS] (dont 21 sont opérationnels aujourd'hui), l'extension à l'ensemble du territoire national [attente de l'instruction ministérielle » (P23), « : Informer la population avec une campagne nationale et locale sur le bon usage des services d'urgence » (P23), « Présenter le SAMU-Centre 15 ou le SAS comme la plateforme de régulation médicale à contacter pour tout problème de santé considéré par le patient ou son entourage comme devant faire l'objet d'un avis médical immédiat [...] (P23), « le déploiement d'ici l'automne 2022 de l'utilisation de la plateforme numérique du SAS sur tout le territoire national » (P26).

Des mesures annoncées pour 3 mois, avec une réflexion pour leur pérennisation :

« Doubler la majoration des heures supplémentaires à l'hôpital » (P5), « doublement des majorations de nuit pour les personnels soignants et revalorisation de 50 % des gardes pour les médecins » (P5), « Régulation médicale à 100 €/h » (P6), « Ouvrir le SAS à l'ensemble des professionnels de santé afin de favoriser le développement des filières directes de prise en charge sans passer par les urgences » (P26), « R n°9 : Encourager l'activité des médecins retraités » (P27), « supplément de 15 € pour tout acte effectué par un médecin libéral à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle, dans la limite d'un plafond hebdomadaire » (P28), « R n°13 : Maintenir la prise en charge à 100% des téléconsultations sur l'été » (P29), « R n°14 : Autoriser, sur prescription de la régulation médicale, le transport sanitaire vers les cabinets médicaux et MMG » (P30), « R n°15 : Revoir à la hausse le plafond d'heures TSU envisagées dans le modèle de simulation, considérés comme trop justes au regard des travaux de projection territoriale en cours [...] » ; « L'objectif initial de diminuer drastiquement le nombre de carences ambulancières ne peut, en l'état, être atteint. » (P30), « R n°16 : Mobiliser les infirmier(e)s libéraux volontaires pour assurer une réponse aux SNP à la demande de la régulation médicale du SAMU-SAS. » (P31),



« R n°19 : Élargir à H24 les horaires de permanence pour les HéliSMUR en H12/14 dans les zones en difficulté » (P33), « R n°20 : Renforcer les liens et développer les médecins correspondants du SAMU (MCS) dans les zones sous-denses » (P33), « R n°21 : Redéployer les VLI sapeurs-pompiers en fonction des besoins de la population (zones « blanches ») **L'implantation des VLI SP (IDE SP) s'est faite au fur et à mesure, sans nécessairement concertation avec le SAMU ni analyse fine des besoins territoriaux. Leur présence priorisée en zone blanche SMUR (SMUR à plus de 30 min) serait un atout de sécurité pour la population permettant ainsi une réponse de proximité en attendant l'intervention du SMUR.** » (P33), « **c'est l'offre qui doit s'adapter aux besoins et non l'inverse**, dans une logique de complémentarité entre les différents acteurs et non plus de concurrence » (P43), « L'analyse de la hausse de consommation de soins non programmés par le seul prisme de la difficulté d'accès aux soins est une erreur, dès lors que l'accessibilité aux soins est liée à plusieurs facteurs distincts : accessibilité de l'offre elle-même (densité médicale) ; accessibilité logistique (transports...) ; accessibilité financière ; accessibilité culturelle. Plusieurs études ne montrent d'ailleurs pas de lien direct évident entre densité médicale et consommation des urgences. Il faut donc inclure toutes les composantes (acteurs sociaux, collectivités territoriales, milieu associatif) dans une démarche d'accompagnement de la consommation inadaptée des urgences, qui n'est que le symptôme d'une maladie plus profonde (isolement social, isolement culturel, isolement physique...) » (P43),

« AXE N°3 : LA QUESTION DES TERRITOIRES FRAGILES : ENJEUX DE LA TÉLÉMÉDECINE ET PERSPECTIVES SUR LA RESPONSABILITÉ TERRITORIALE EN MATIÈRE D'EXERCICE MÉDICAL » (P45)

« Quelques pistes :

- Installer des points de téléconsultation** à proximité (dans ?) des services d'urgence [...] encadré par des IDE dont l'acte est reconnu et financé ;
- Installer systématiquement la télémédecine dans les EHPAD** [...] pour éviter leur déplacement aux SAU avec des IDE d'astreinte sur un territoire ;
- Développer un modèle économique pérenne pour les unités mobiles de télémédecine à la main de la régulation médicale (exemple de SauvLife® dans la Manche, le Val d'Oise) dans le cadre de la réponse aux SNP et potentiellement de l'aide médicale urgente (AMU) ;**
- Installer des points de téléconsultation dans les territoires fragiles, tenus par les infirmiers locaux et branchés sur un pool régional de médecins libéraux volontaires pour renforcer l'accès aux soins des « déserts médicaux » de leur région, et créer ainsi les conditions pour la réinstallation future de médecins. [...]**
- Poursuivre la prise en charge à 100% pour les actes de téléconsultation réalisés par des IDE en zone sous-dense, sur prescription de la régulation médicale** [...] il conviendra de poser les bases d'un rééquilibrage en profondeur de la répartition de l'offre. [...]. (P46).

« Enfin, **s'il n'est pas réaliste voire contre-productif de prétendre faire s'installer sous la contrainte en zone fragile de jeunes professionnels ayant déjà choisi d'ancrer leurs racines ailleurs, l'alternative n'est pas forcément la préservation d'une supposée liberté totale** [...] » (P46), « SU et SMUR ont pour mission de répondre aux besoins de l'Aide Médicale Urgente. Leurs implantations et fonctionnements doivent répondre aux besoins de la population. Ils n'ont pas vocation à assurer la prise en charge des SNP mais peuvent être amenés, dans des territoires sous denses, à y participer en lien avec la médecine libérale. » (P48)



« La QVT : pas seulement un mot mais une philosophie :

La performance hospitalière s’apprécie sur 3 axes : qualitatif (améliorer la prise en charge des patients/ résidents), sociale (attractivité, ...) et économique (améliorer les ressources notamment financière). Depuis 20 ans, la performance économique est centrale pour l’hôpital et représente in fine la clef de l’évaluation des responsables. Il ne s’agit pas d’affaiblir l’objectif (nécessaire) de performance économique mais de le compléter par un objectif de performance qualité (et pas seulement dans le sens de la certification mais dans un objectif de santé publique fort, **comme le principe du « zéro brancard » dans un service d’urgence c’est à dire aucun patient sur un brancard dans le couloir**), et de performance sociale (QVT pouvant être évaluée par le taux d’arrêt maladie ou le turn-over dans un service, l’évaluation du burn-out ...). **Il s’agit de remettre les objectifs dans le bon ordre : la qualité comme sens, la QVT comme amélioration de l’outil de production, l’économie comme conséquence.** » (P50), « [...] l’arrêt de l’injonction de la polyvalence à outrance et la formation continue des soignants. » (P51), « [...] Des pools complémentaires de soignants polyvalents volontaire devront alors être renforcés afin de gérer les problèmes de suppléance imprévus. »

(P53) : « EN CONCLUSION

A l’issue de cette mission [...] des éléments essentiels à l’évolution de notre système de santé vers plus d’efficacité et de qualité, tant pour les soignés que pour les soignants :

- Notre système de santé doit prendre en compte toutes les composantes de la santé à savoir la prévention, le dépistage, les soins et la suite des soins ;
- Notre système de Santé doit changer de paradigme, être dédié à la réponse aux besoins de santé et non plus à l’organisation d’une offre de soins concurrentielle, coûteuse et inadaptée ;**
- Notre système de Santé doit se reconstruire sur la base d’une collaboration équilibrée entre tous les professionnels de santé [...]
- Notre système de Santé doit favoriser une répartition organisée et concertée des professionnels de santé sur tout le territoire national »

Notes :

1 <https://www.francetvinfo.fr/elections/presidentielle/bilan-macron-on-a-verifie-100-promesses-phares-programme-2017-combien-en-a-t-il-tenues.html>

Rapports disponibles avant la mission flash (liste non exhaustive) :

2 <https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-587-1-notice.html> « l’hôpital doit désormais sortir d’un pilotage erratique et d’un quotidien où soignants et directions ne cessent de courir après le temps et les moyens, de gérer les urgences jusqu’à l’épuisement »

3 <https://www.atih.sante.fr/rapports-etudes/activite-hospitaliere>

4 <https://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp> « Le symptôme le plus préoccupant : le malaise des personnels »

5 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf

6 <https://documentation.aphp.fr/publication-du-rapport-de-linspection-generale-des-affaires-sociales-igas-sur-les-protocoles-de-cooperation-pratiques-avancees-sur-une-profession-de-sante-intermediaire/>

« Le déséquilibre actuel (et durable à moyen voire long terme) entre l’offre et la demande de soins médicaux de la population »



Pour mémoire, quelques extraits du livre blanc de Samu-Urgence de 2015 :

- « Demain, le patient de plus en plus acteur de son parcours de santé peinera à trouver des professionnels de santé et devra être guidé pour se diriger vers la bonne filière de soins. »
- « [...] plutôt que de s'interroger sur une nécessaire mise en adéquation des moyens et des besoins, nombreux sont ceux qui proposent, souvent sous la forme d'incantation, des solutions qu'ils pensent innovantes, mais qui reposent, en fait, sur un déni de la réalité. »
- « Les patients recourent aux structures d'urgence parce qu'ils ressentent un besoin réel et pressant de soins et parce qu'ils ont confiance dans ces structures. Il ne s'agit pas, pour les autorités de santé, de nier cette réalité, ni d'essayer de la contourner, mais bien d'y faire face. »
- « Les SU sont une porte d'entrée essentielle dans le parcours de soins. »
- « **Force est de constater que le dispositif de médecine libérale ne permet plus de répondre, en tout point et en toute heure, aux demandes de soins non programmés de nos concitoyens.** Faute de solution, les patients se dirigent naturellement vers les structures des urgences [...]. »
- « Si la réponse à la demande de soins urgents non programmés lors des horaires de PDSA est insuffisante, elle est au moins organisée mais, en dehors de ces horaires, trouver un médecin généraliste disponible s'apparente à un « parcours du combattant ». Cette difficulté est régulièrement mise en avant par les responsables des Samu-Centre 15 et génère, faute de solution alternative, la venue de patients aux Urgences. Ici encore, « *la médecine d'urgence sert de palliatif (ou de filet protecteur) à certaines non-organisations.* »
- « **Le recours aux structures de médecine d'urgence augmente et continuera à augmenter.** »
- « La saturation des services d'urgence qui en découle met à mal la qualité et la sécurité des soins tant il est prouvé que cette saturation est un facteur prédictif indépendant d'augmentation de la morbi-mortalité. »
- « **Fausse bonne idée n°2 : « Remplacer les médecins des Smur par des paramédicaux » ?**
- « **Fausse bonne idée n°3 : « Trop de gens viennent aux urgences pour rien »**
- « ▶ sur la base de la doléance principale des patients et même avec l'utilisation d'un triage infirmier préalable, **93% des patients identifiés « non justifiés aux urgences », le seraient à tort.** »
- « **Fausse bonne idée n°4 : « Il faut faire payer les patients qui viennent aux urgences » ? »**
- « **Fausse bonne idée n°5 : « Il faut renforcer l'offre ambulatoire par la multiplication des maisons médicales de garde » ? »**

Le Livre blanc de Samu urgences de France se trouvait facilement en ligne, mais bizarrement cela est plus difficile depuis quelques jours, mais nous l'avions déjà.