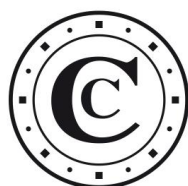


Cour des comptes



L'ACCUEIL ET LE TRAITEMENT DES URGENCES À L'HÔPITAL

Des services saturés, une transformation
indispensable du parcours des patients

Communication à la commission
des affaires sociales de l'Assemblée nationale

Novembre 2024

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS	11
INTRODUCTION	13
CHAPITRE I UNE SOLUTION DE SECOURS SOLLICITÉE AU-DELÀ DE SA VOCATION	17
I - UNE ACTIVITÉ MÉDICALE SATURÉE, AFFECTANT LA PRISE EN CHARGE	17
A - Un accroissement continu du recours aux urgences, hors crise sanitaire.....	18
B - Une dégradation du service rendu.....	21
II - UN ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS, EN VILLE ET À L'HÔPITAL, À MIEUX GRADUER	25
A - Améliorer l'orientation du patient vers la médecine de ville.....	26
B - Des mesures de régulation à l'entrée des urgences et de fermeture de services à sécuriser dans une approche territoriale.....	37
III - MIEUX ANTICIPER ET MIEUX RÉPARTIR L'ACTIVITÉ NON PROGRAMMÉE	44
A - Éviter le passage par les urgences, tout particulièrement pour la patientèle âgée.....	44
B - Faciliter la sortie des urgences par une meilleure coordination territoriale.....	51
CHAPITRE II DES TENSIONS INTERNES AUX STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE À RÉDUIRE	61
I - L'INSUFFISANCE DE RESSOURCES HUMAINES : CONSÉQUENCE, AUTANT QUE CAUSE, D'UNE GRANDE PART DES DYSFONCTIONNEMENTS	61
A - Des tensions généralisées sur la ressource médicale.....	61
B - Un personnel paramédical à fidéliser.....	70
II - L'ORGANISATION DES STRUCTURES DES URGENCES : UN FORT POTENTIEL D'AMÉLIORATION À EXPLOITER	73
A - Une rénovation des bâtiments largement amorcée.....	73
B - La priorité à accorder au parcours du patient au sein et en sortie de la structure des urgences.....	76
C - L'engagement déterminant des établissements en matière de sécurité dans les structures d'urgence.....	84
CHAPITRE III AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE L'ACTIVITÉ ET RENFORCER LE PILOTAGE DES CAPACITÉS DES URGENCES	91
I - DES DONNÉES D'ACTIVITÉ DE QUALITÉ INSUFFISANTE	91
A - Des recueils de données multiples mais épars.....	91
B - L'ambition réitérée d'un tableau de bord commun à tous les établissements de santé.....	96
II - UNE RÉFORME DU FINANCEMENT AMBITIEUSE MAIS APPLIQUÉE TIMIDEMENT	99
A - La priorité donnée à une transition douce.....	101
B - Une diversité de composantes.....	101
C - Une exigence de qualité de service à renforcer.....	106
III - UNE FORTE DÉCONCENTRATION RÉGIONALE AU RISQUE D'UNE EXCESSIVE DIVERSITÉ	107

A - La prise en compte réglementaire de l'impossibilité de maintenir l'ouverture continue de toutes les structures des urgences	107
B - Une application régionale aux effets ambigus	109
LISTE DES ABRÉVIATIONS	113
ANNEXES	115

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*
**

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par le président de l'Assemblée nationale, par lettre du 31 octobre 2018, en application de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête du Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) des politiques publiques portant sur « un premier bilan du dispositif d'accès à l'enseignement supérieur dans le cadre de la loi ORE ». Cette demande a été acceptée par le Premier président le 23 novembre 2018. Ce dernier, par une lettre datée du 24 janvier 2019, a précisé les modalités d'organisation des travaux demandés à la Cour (cf. annexe n° 1).

*
**

Le projet de rapport a été délibéré, le 11 septembre 2024 par formation inter juridiction présidée par Mme Hamayon, et composée de Mme Soussia, conseillère maître, M. Lejeune, conseiller maître, président de la chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes, M. Fombaron, conseiller référendaire, Mme Collinet, conseillère présidente, présidente de section de chambre régionale des comptes, M. Dezitter, M. La Marle, conseillers présidents, présidents de section de chambre régionale des comptes, ainsi que, en tant que rapporteur général, M. Colcombet, conseiller maître, en tant que rapporteurs généraux adjoints Mme Bonnet, première conseillère de chambre régionale et territoriale des comptes, M. Gautier, premier conseiller de chambre régionale et territoriale des comptes, en tant que rapporteurs M. Bérard, premier conseiller de chambre régionale et territoriale des comptes, Mme Dussauge, Pasquet, première conseillère de chambre régionale et territoriale des comptes, et en tant que contre-rapporteur M. Machard, conseiller maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 1^{er} octobre 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, M. Bertucci, Mme Hamayon, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Oseredczuk, doyen des présidents de section, président par intérim de la cinquième chambre, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, M. Barichard, premier avocat général, entendu en ses avis.

*
**

Les publications de la Cour sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

La Cour des comptes a été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale d'une demande d'enquête sur les urgences hospitalières et, plus précisément, sur l'efficacité des mesures adoptées au titre du programme d'action « Ma santé 2022 », adopté en juin 2018, programme complété, en décembre 2019, par un plan d'action spécifique à l'activité de médecine d'urgence, le « *Pacte de refondation des urgences* », adopté au regard des difficultés particulièrement pressantes rencontrées par les établissements de santé. Ce plan, regroupant 12 mesures, est issue d'un rapport demandé en juin 2019 par le Gouvernement au député Thomas Mesnier et au professeur de médecine Pierre Carli.

Le présent rapport dresse un état des lieux du fonctionnement des structures des urgences (à l'exception des urgences spécialisées en psychiatrie, obstétrique et pédiatrie) et de la mise en œuvre de ce plan d'action.

Une spécialité mobilisant cinq types de services pour satisfaire à l'exigence de la permanence d'accès

La médecine d'urgence a pour vocation de prendre en charge, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, toute personne, sans sélection, nécessitant des soins urgents. Sur le plan médical, la médecine d'urgence dispense les soins des premières 24 heures à un malade ou à un blessé et n'a pas vocation à garder les patients au-delà de cette durée. Elle est exercée par trois types de structures : les « *services d'aide médicale urgente* » (Samu) qui recueillent et régulent les appels, les « *structures mobiles d'urgence et de réanimation* » (Smur) qui se déplacent pour prendre en charge et transporter, sur demande du Samu, les personnes accidentées ou en détresse sanitaire, et les « *structures de médecine d'urgence* » qui accueillent les patients et les prennent en charge dans un établissement de santé.

Fin 2023, deux nouvelles composantes, prévues par le Pacte de refondation des urgences, ont été ajoutées au dispositif : les « *services d'accès aux soins* » (Sas), centres d'appel en mesure de répondre aux demandes de soins non programmés en médecine de ville, en plus des appels au titre des urgences hospitalières, et les « *antennes de médecine d'urgence* » structures locales d'urgence autorisées à ne fonctionner qu'une partie de la journée mais en étant rattachées à une structure des urgences de plein exercice.

Fin 2022, l'activité de médecine d'urgence générale et pédiatrique était exercée, en France, par 694 structures, dépendant de 624 établissements de santé, dont 467 établissements publics (75 % des structures des urgences), 35 privés à but non lucratif (5 %) et 122 privés à but lucratif (20 %), auxquels étaient rattachés 100 centres d'appel (Samu) et 388 Smur. Cette répartition est figée par les autorisations d'activité délivrées par l'État aux établissements de santé. En 2022, les services d'urgence ont enregistré 20,9 millions de passages, nombre en hausse de 6 % par rapport à l'année 2021 mais inférieur de 3 % à celui de l'année 2019, année précédant la crise sanitaire.

Un coût en partie estimé en raison de l'imbrication avec d'autres spécialités

L'enjeu financier de l'activité de médecine d'urgence ne peut pas être mesuré de manière directe et repose sur une part d'estimation. Certes, la dotation populationnelle versée aux établissements pour couvrir les coûts fixes de leur structure des urgences, la facturation des séjours hospitaliers aux urgences ainsi que la dotation en fonction de la qualité de l'activité sont connues ; il en va de même des forfaits versés par l'assurance-maladie aux établissements de santé et aux médecins libéraux en fonction des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et du forfait individuel facturé aux patients et à leur mutuelle. Cependant, le financement relatif aux passages aux urgences, dès lors qu'il est suivi d'une hospitalisation dans un autre service de l'établissement, se confond avec la facturation du séjour dans cet autre service ; la part imputable aux urgences repose donc sur une estimation. Le coût total de l'activité de médecine d'urgence est ainsi évalué à 5 597 M€ au titre de l'année 2023. Après déduction de la part imputée aux patients et à leur mutuelles, le coût pour l'assurance maladie s'élève à 5 312 M€, ce qui représente 5,17 % de l'enveloppe de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) affectée aux soins en établissements de santé en 2023.

Une série de mesures prises pour faire face à la dégradation de l'accessibilité

Cinq ans après le programme « Ma santé 2022 » et, surtout, près de quatre ans après le Pacte de refondation des urgences et une crise sanitaire majeure qui, paradoxalement, a éloigné temporairement des urgences hospitalières une proportion significative d'usagers, la saturation des structures d'urgence s'est traduite par des fermetures partielles ou totales de nombre d'entre elles, en raison d'une insuffisance de personnel, de mouvements sociaux liés à la surcharge de travail, ou d'évènements indésirables graves. Comme avant la pandémie, les urgences sont redevenues le réceptacle de la plupart des débordements du système de santé. Dernier dispositif de recours, les structures d'urgence sont elles-mêmes mises en difficulté car sollicitées, outre les cas de réelle urgence, par les patients qui ne parviennent pas à obtenir de rendez-vous rapidement chez un médecin ou par des patients atteints de maladies chroniques non suivis par un médecin-traitant. Arrivent enfin aux urgences des personnes dont l'état de santé nécessite une hospitalisation mais qui n'ont pu être admises dans le service hospitalier correspondant à leur pathologie.

De nombreuses mesures ont été prises par les pouvoirs publics depuis 2022 pour faire face à cet engorgement, dont certaines touchent au principe même du service public des urgences, celui de l'ouverture permanente, sans possibilité de refus, quelle que soit le statut, public ou privé, des établissements qui l'assurent.

Des difficultés structurelles résultant de la conjonction de deux évolutions démographiques contradictoires

Deux phénomènes majeurs qui ne faiblissent pas, qui se conjuguent et vont s'intensifier au cours des prochaines années, sont à l'origine de ces difficultés : la diminution de l'accessibilité des médecins sur une grande partie du territoire national et l'accroissement de la demande de soins en relation avec l'augmentation et le vieillissement de la population. Or, les mesures prises pour prendre acte de ces évolutions, parfaitement documentées et prévues, ne sont pas à la hauteur des adaptations nécessaires. Lorsqu'elles le sont, leur mise en œuvre se heurte à de tels obstacles, parfois de second ordre comme des procédures et des agréments,

qu'elles en sont neutralisées (délégations d'actes par exemple) ou, d'impératives, sont devenues facultatives, comme la participation obligatoire des médecins à la permanence des soins ambulatoires. Les incitations financières associées à ces mesures, insuffisamment sélectives et le plus souvent seulement optionnelles, deviennent à leur tour sans effet significatif malgré leur coût.

La sollicitation excessive des structures des urgences reflète ainsi, d'abord, la faiblesse des mesures destinées à développer l'accès aux soins de premier recours, en priorité en direction des patients âgés, ou les hésitations dans leur application, malgré la diminution du nombre de médecins. Sans une action plus énergique sur cette offre de soins de premier recours (conventionnement contre exercice partiel en zone sous-dense, protocoles de coordination et délégation d'actes, exercice coordonné, infirmier en pratique avancée, transfert d'actes, assistants médicaux, etc.), les autres mesures touchant aux structures des urgences elles-mêmes n'auront qu'un effet positif marginal.

La régulation en est une illustration. Les mesures adoptées produisent de premiers résultats positifs mais leur plein effet reste suspendu à la possibilité de n'orienter vers les urgences que les patients qui en relèvent vraiment, c'est-à-dire de proposer aux autres une consultation en ville, quelle qu'en soit la forme (médecin, structure de soins coordonnées, maison médicale de garde, infirmier en pratique avancée, etc.). Le succès de ce dispositif est essentiel pour que la population y recoure systématiquement avant de solliciter les urgences.

La diminution des flux à l'entrée, si elle est obtenue, ne résoudra cependant qu'une partie des difficultés propres aux structures des urgences. La fluidité des sorties – tout particulièrement pour les patients âgés – est en effet, désormais, la préoccupation dominante. L'accent doit donc être mis sur le juste soin à prodiguer aux patients âgés : généralisation des dispositifs contribuant à éviter les hospitalisations à temps plein qui ont fait leurs preuves (comme l'hospitalisation à domicile, concernant aussi les Ehpad) et organisation de l'admission directe en hospitalisation non programmée plutôt que recours aux urgences, en cas d'aggravation soudaine de l'état d'un patient.

Des réformes bienvenues mais engagées de manière très progressive

En sortie d'urgences, lorsque l'hospitalisation post-urgence s'impose absolument, la fonction d'ordonnancement des lits, au sein de l'établissement, et de mutualisation des lits entre établissements, publics ou privés, par une coordination territoriale sous le contrôle des agences régionales de santé (ARS) si nécessaire, est impérative pour éviter l'attente injustifiée en sortie des urgences.

La réforme du financement ouvre des perspectives de pilotage bienvenues, à condition qu'elles soient réellement mises en œuvre et contrôlées, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. À l'intérieur d'un cadre national strict sur les principes fondamentaux, la marge d'adaptation conférée aux ARS est utile, pour autant que des instructions centrales supplémentaires ne la privent pas d'effet.

La dotation populationnelle vise à faire prendre en charge par l'assurance maladie des frais fixes des structures des urgences en tenant compte de la population desservie. Elle a vocation à amener progressivement l'offre de soins d'urgence au niveau défini comme souhaitable dans le projet régional de santé. La dotation à la qualité est, quant à elle, trop limitée pour produire des effets significatifs. À enveloppe financière constante, la proportion attachée

à la promotion de la qualité doit être augmentée et des contrôles de résultats réalisés, la qualité du service rendu au patient devant devenir centrale.

Des mesures d'organisation interne à poursuivre

La pénurie de ressource en médecins urgentistes constitue un facteur aggravant de l'inadéquation de l'offre à la demande. La désaffectation de nombreux praticiens pour l'exercice de cette spécialité à l'hôpital résulte, pour une part, des exigences propres à l'activité en termes d'intensité, d'horaires et de permanences et, pour une autre part, des tensions et dysfonctionnements qui parasitent cet exercice, parmi lesquels la recherche de lits d'aval et, de manière croissante, les incivilités et la violence verbale ou physique des patients ou de leurs accompagnants.

L'apaisement des tensions au sein des structures des urgences conditionne donc leur attractivité à l'égard du personnel, tant médical que paramédical, qu'il convient de fidéliser.

Parallèlement, au regard de la rareté de la ressource médicale et des risques de déstabilisation de l'offre de soins de premier recours, les centres de soins non programmés ne peuvent pas se multiplier hors de tout encadrement dès lors qu'ils n'exercent pas la fonction de médecin traitant et qu'ils ne participent pas à la permanence des soins.

La rénovation des bâtiments, l'organisation spatiale des services, la sécurisation du personnel et des patients progressent. Il convient de ne pas ralentir la mise en œuvre de ces mesures mais elles n'exigent pas aujourd'hui d'impulsion nouvelle au vu des processus en cours.

Une amélioration impérative du recueil et du traitement des données d'activité et de facturation

En revanche, il est essentiel que les dispositifs de recueil et d'exploitation des données de régulation, de passages aux urgences, de financement à l'activité, de disponibilité en lits et en personnel médical soient modernisés et unifiés. Le potentiel disponible et le potentiel mobilisé doivent être connus à tout instant par les pouvoirs publics, du niveau local au niveau national, de manière que les tensions prévisibles puissent être anticipées. Les autorités, nationales et régionales, doivent être en mesure de répartir les financements de manière rigoureuse et productive, de détecter les erreurs et de sanctionner les éventuelles fraudes dans l'enregistrement des données présentées à l'appui de la facturation à l'assurance maladie. Il importe qu'elles puissent inciter à l'amélioration de la qualité du service rendu et des soins dispensés, au moyen d'une dotation à la qualité significative, fonction d'indicateurs représentatifs fondés sur des données fiables. Les causes des événements indésirables graves survenus dans les structures des urgences, que les établissements ont l'obligation de déclarer, constituent un élément d'appréciation de cette qualité du service rendu dont les causes et les correctifs doivent être régulièrement publiés.

Un devoir de transparence à l'égard du public

Le public, auquel le service des urgences s'adresse, sera d'autant plus enclin à en user de manière strictement utile qu'il sera informé de manière transparente des paramètres d'activité, de disponibilité, de sécurité des structures des urgences, parallèlement à la possibilité de régulation. Il convient donc qu'il ait aussi accès facilement à ces informations.

Recommandations

Coordonner la régulation des urgences avec la permanence des soins en ville, et simplifier l'accès direct à l'hospitalisation non programmée

2. Coordonner la gestion des équipes de médecins intervenant dans la permanence des soins ambulatoires avec celles mobilisables par le service d'accès aux soins, pour concentrer le service sur les périodes qui correspondent le mieux aux besoins de la population (*ministre de la santé et de l'accès aux soins, Cnom*).
3. Systématiser les filières d'hospitalisation directe pour éviter le passage par les urgences des personnes âgées et en contrôler l'effectivité (*ministre de la santé et de l'accès aux soins*).
4. Établir un régime d'autorisation spécifique pour les centres de soins non programmés, les intégrant dans le cadre de régulation de l'offre de soins, dans les services d'accès aux soins et dans la permanence des soins ambulatoires (*ministre de la santé et de l'accès aux soins*).

Connaître, répartir et mobiliser plus facilement les moyens disponibles et sécuriser la sortie vers l'hospitalisation

5. Établir précisément les besoins à moyen terme en médecins des structures des urgences (*ministre de la santé et de l'accès aux soins*).
6. Généraliser les équipes territoriales d'urgence sur l'ensemble du territoire (*ministre de la santé et de l'accès aux soins*).
7. Poursuivre, à un rythme annuel, l'enquête nationale sur la gestion des lits en aval des urgences pour vérifier la performance de la fonction d'ordonnancement des lits à l'échelle de chaque établissement (*ministre de la santé et de l'accès aux soins, ANAP*).

Améliorer la fiabilité des données au service de la qualité et de l'efficacité de l'activité des urgences

8. Achever la nouvelle version du résumé du passage aux urgences en la liant au programme de médicalisation des systèmes d'information pour, à la fois, suivre l'activité et fonder la facturation (*ministre de la santé et de l'accès aux soins, ATIH, Cnam*).

9. Pour faciliter l'orientation, la prise en charge et le suivi des personnes se présentant aux urgences, interfacer les données des résumés de passages aux urgences avec : a) les données enregistrées par les Smur ; b) les données enregistrées par les Services d'accès aux soins et les Centres 15-Samu ; c) les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (*ministre de la santé et de l'accès aux soins, ATIH*).
10. Contrôler systématiquement la cohérence entre les déclarations des établissements destinées au suivi de l'activité sanitaire et les cotations des passages aux urgences destinées à la facturation (*ministre de la santé et de l'accès aux soins, ATIH, Cnam*).

**Informier le public sur la disponibilité des structures des urgences
et sur la qualité du service rendu**

1. Publier annuellement un bilan global au niveau national des événements indésirables graves associés aux soins intervenus dans les structures des urgences, déclarés par les établissements de santé (*HAS*).
11. Mettre à la disposition des usagers, en continu, les données concernant les urgences telles que les structures ouvertes à proximité de leur localisation, le temps d'attente observé dans celles-ci, le nombre de passages, les services fermés, etc. (*ministre de la santé et de l'accès aux soins*)

Introduction

La Cour des comptes a été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale d'une demande d'enquête sur les urgences hospitalières et, plus précisément, sur l'efficacité des mesures adoptées au titre du plan d'action « Ma santé 2022 » concernant le fonctionnement des services d'urgence, les relations entre médecine de ville et services d'urgence, notamment pour la gériatrie, les solutions imaginées localement pour améliorer la gestion des flux en sortie de structure des urgences, et le rôle joué par les centres d'appel pour réduire les flux spontanés de patients vers les services d'urgence.

Les « structures des urgences » sont des services d'établissements de santé publics ou privés qui ont pour fonction de prendre en charge, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, toute personne, sans sélection, nécessitant des soins urgents, y compris psychiatriques. Sur le plan médical, la médecine d'urgence dispense les soins des premières 24 heures à un malade ou un blessé et n'a pas vocation à garder les patients au-delà de cette durée¹.

Fin 2022, l'activité de médecine d'urgence générale et pédiatrique était exercée, en France, par 694 structures des urgences dépendant de 624 établissements de santé², dont 467 établissements publics (75 % des structures des urgences), 35 privés à but non lucratif (5 %) et 122 privés à but lucratif (20 %). Les 100 centres d'appel (services d'aide médicale urgente - Samu) ainsi que la quasi-totalité des 388 structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur)³ sont rattachés à un établissement public de santé. Le détail est présenté en annexe n° 2.

L'organisation des activités de médecine d'urgence

Le code de la santé publique (art. R. 6123-1) dispose :

« L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence mentionnée au 14° de l'article R. 6122-25 est autorisé selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 ;

2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ;

¹ Dans sa présentation à l'adresse des étudiants en médecine sur son site internet, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) synthétise cette activité par la formule : « *Les urgences, ce sont les 15 premières minutes les plus intéressantes de toutes les spécialités* » (le diagnostic, les premiers actes conservatoires, l'orientation).

² Les établissements de santé, Drees, édition 2022.

³ Six Smur dépendent du secteur hospitalier privé

3° *La prise en charge de l'ensemble des patients accueillis, pour toute situation relevant de la médecine d'urgence, dans la structure des urgences ou dans l'antenne de médecine d'urgence ou exclusivement des enfants dans la structure des urgences pédiatriques.*

L'autorisation donnée par l'agence régionale de santé précise la ou les modalités d'exercice de l'activité autorisée. »

Le même code (art. R. 6123-18, modifié en dernier lieu par un décret du 29 décembre 2023) prévoit une ouverture en permanence et un accueil systématique de toute personne sollicitant des soins :

« Tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences ou dans l'antenne de médecine d'urgence sur sa plage horaire d'ouverture toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU le cas échéant selon les modalités d'organisation décrites à l'article R. 6123-18-1 1 et R. 6123-18-2.

« Les horaires d'ouverture au public de l'antenne de médecine d'urgence couvrent une amplitude d'au moins douze heures de service continu, tous les jours de l'année. Ils sont mentionnés dans la décision d'autorisation. Durant les horaires de fermeture au public, l'établissement siège de l'antenne de médecine d'urgence prévoit un dispositif permettant de joindre le service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 ou le service d'aide médicale urgente mentionné au 1° de l'article R. 6123-1 ou un affichage invitant à composer le 15 afin de bénéficier d'une orientation adaptée. »

Deux nouvelles composantes, prévues par le « Pacte de refondation des urgences », ont été ajoutées au dispositif :

- une nouvelle organisation territoriale appelée « services d'accès aux soins »⁴ (Sas), à la compétence plus large que les urgences puisqu'ils permettent de trier et d'orienter les patients entre ceux qui relèvent de la médecine de ville et ceux qui relèvent des urgences hospitalières ; fin 2023, une soixantaine de Sas ont été créés, à raison d'un par département, et leur déploiement se poursuit de manière que l'ensemble du territoire national soit couvert à la fin de 2024 ;
- les « antennes de médecine d'urgence », de création administrative toute récente⁵, structures de second niveau rattachées à une structure des urgences classique qui fonctionne, quant à elle, sans limite de plage horaire ; le processus d'autorisation des antennes de médecine d'urgence est en cours de démarrage, un délai de 12 à 18 mois ayant été fixé pour l'adaptation des plans régionaux de santé puis pour la délivrance des autorisations conformément à celui-ci.

La stratégie « Ma santé 2022 », adoptée en septembre 2018, n'a pas traité en particulier de la médecine d'urgence mais elle l'a englobée dans sa vision stratégique du système de santé ; les orientations qu'elle rassemble intéressent à maints égards la médecine d'urgence, notamment : encouragement à l'exercice collectif des professionnels de santé, délégations de compétences entre eux, développement de la prise en charge des soins non programmés, renforcement des agences régionales de santé dans l'organisation territoriale des soins, mutualisation de la gestion des ressources médicales.

Parmi les cinq actions prioritaires devant produire des changements à très court terme, trois étaient susceptibles d'avoir des effets sensibles sur l'activité des structures des urgences :

⁴ CSP, art. L. 6311-2 issu de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023.

⁵ CSP, art. R. 6123-1 et s. issus du décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023.

la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (l'ensemble du territoire devant être couvert au 1^{er} juillet 2021), le déploiement de 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires à partir du second semestre de 2019 et la création d'assistants médicaux (4 000 en fonction auprès des médecins libéraux exerçant en groupe, à la fin de 2022).

L'ampleur des réformes prévues et les difficultés rencontrées pour mettre en application les mesures du plan « *Ma santé 2022* » définies comme prioritaires, tandis que l'activité de médecine d'urgence devenait une préoccupation majeure, ont conduit le Gouvernement à demander, en juin 2019, au député Thomas Mesnier et au professeur de médecine Pierre Carli, de concevoir les mesures de rénovation profonde de cette activité, de manière à la dégager de son rôle, de fait, d'exutoire des principales difficultés du système de santé.

Le rapport, intitulé « *Pour un Pacte de refondation des Urgences* » a été déposé en décembre 2019 mais, dès septembre, les pouvoirs publics se sont inspirés de ses premières analyses pour établir le « *Pacte de refondation des urgences* », comportant 12 mesures parmi les 67 recommandations du rapport.

Le Pacte de refondation des urgences, au contenu opérationnel, suit une logique simple en trois séquences : avant le passage aux urgences (« l'amont » des urgences), le passage aux urgences et la sortie des urgences (l'« aval »). Les mesures retenues sont présentées en annexe n° 1.

Les informations et données utilisées dans le présent rapport proviennent, pour une large part, d'une trentaine de contrôles d'établissements de santé, principalement publics mais aussi privés, avec ou sans but lucratif, réalisés par 11 chambres régionales des comptes et, pour une autre part, des entretiens et analyses réalisés par la Cour des comptes auprès du ministère chargé de la santé, des agences régionales de santé, des établissements publics nationaux et autorités indépendantes intervenant dans ce domaine et des sociétés savantes, associations et syndicats professionnels. Elles n'intègrent pas, sauf exception signalée, les urgences spécialisées (psychiatrie, obstétrique, pédiatrie).

La Cour des comptes a consacré un chapitre de son rapport public annuel de 2019 aux urgences hospitalières⁶ dont les principales conclusions demeurent d'actualité. Elle s'est penchée récemment sur plusieurs sujets liés aux urgences : les Samu et Smur⁷, les infirmiers en pratique avancée⁸, les soins de premier recours⁹, la concurrence et la complémentarité entre établissements de santé publics et privés¹⁰, la prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad¹¹.

Le présent rapport porte sur les années 2017 à 2023. Il tient compte des dernières données statistiques disponibles et des plus récentes mesures législatives et réglementaires adoptées,

⁶ *Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités*, Cour des comptes, Rapport public annuel 2019.

⁷ *Les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre*, Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2023, chapitre V.

⁸ *Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever*, Cour des comptes, juillet 2023.

⁹ *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, Cour des comptes, rapport public thématique, mai 2024

¹⁰ *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité*, Cour des comptes, rapport public thématique, octobre 2023.

¹¹ Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

notamment des deux décrets du 29 décembre 2023 relatifs aux autorisations d'activité et aux conditions d'exercice de la médecine d'urgence, hors urgences spécialisées.

Le présent rapport est divisé en trois chapitres. Le premier présente l'activité des urgences et son évolution récente au regard de ses capacités et de son organisation, ainsi que les dispositions prises ou concevables pour réduire l'excès de sollicitation dont elle est l'objet. Le deuxième chapitre aborde l'organisation interne des structures des urgences, les contraintes auxquelles elles sont soumises, les mesures prises pour en améliorer le fonctionnement, de l'accueil à la sortie des patients. Le troisième chapitre traite de la collecte, de l'enregistrement et de l'utilisation des informations, tout au long de la chaîne de traitement des urgences, depuis les centres d'appel, jusqu'au suivi des patients en sortie des urgences, en passant par la facturation des passages aux urgences. Il traite également de la nécessité de rendre publiques des informations actualisées en continu sur la disponibilité des services d'urgence ainsi que sur le niveau de qualité de la prise en charge et des soins qui y sont prodigués

Chapitre I

Une solution de secours sollicitée au-delà de sa vocation

À l'exception de la période couvrant la pandémie de covid-19, l'activité des services d'urgence est en augmentation constante depuis le milieu des années 90. Cette saturation chronique des urgences hospitalières affecte directement les conditions et, partant, la qualité des prises en charge au sein de ces services (I).

Alors que la pénurie de ressources médicales rend de plus en plus difficile l'accès à une offre de soins de ville et que les urgences hospitalières, elles-mêmes fragilisées par cette insuffisance de ressources, peinent à assurer la continuité de leur activité, l'organisation d'un accès régulé et gradué aux soins non programmés est plus que jamais nécessaire. Sa montée en puissance à la hauteur des besoins en santé de la population, tributaire de leviers seulement incitatifs, reste aujourd'hui très incertaine (II).

Une meilleure organisation de la médecine de ville et un accès facilité à l'offre de soins non programmés ambulatoire ne seraient, cependant, pas suffisants pour éviter l'engorgement en aval des services d'urgence, notamment pour les patients nécessitant une hospitalisation. A cet égard, le recentrage des urgences hospitalières sur leur cœur de métier suppose, pour les établissements, d'appréhender différemment l'activité non programmée. Mal outillé pour y répondre, l'hôpital anticipe mal cette activité et ne la partage pas suffisamment en son sein entre les urgences et les services d'aval, entraînant des séjours prolongés de patients aux urgences, facteur de dégradation des prises en charge, notamment pour les patients les plus âgés. Plusieurs leviers, connus, peuvent être mobilisés, davantage qu'ils ne le sont actuellement (III).

I - Une activité médicale saturée, affectant la prise en charge

Malgré les réserves émises quant à la fiabilité et à l'exhaustivité des données transmises par les établissements (cf. *infra*), il est possible de décrire de manière assez précise, à partir des données recoupées et vérifiées a posteriori émanant de plusieurs sources, l'activité de médecine d'urgence et son évolution au cours des dernières années. Essentiellement exercée par les établissements publics de santé, cette activité a augmenté continûment si l'on excepte la période

de la pandémie de covid-19 (A). La saturation de plus en plus fréquente de ces services nuit aux conditions de prise en charge des patients (B).

A - Un accroissement continu du recours aux urgences, hors crise sanitaire

Les autorisations d'activité de médecine d'urgence ayant été dévolues en priorité aux établissements publics de santé, ceux-ci exercent l'essentiel de l'activité des urgences : 81 % des passages en 2020, contre 14 % pour les établissements du secteur privé lucratif et 5 % pour le secteur privé non lucratif. Cette répartition n'est pas proportionnelle au nombre de structures. Les 75 % de structures publiques accueillent, en moyenne, davantage de passages que celles du secteur privé.

Exclusivement rattachés à des établissements publics, les Samu ont répondu à 29,7 millions d'appels ayant donné lieu à 730 353 sorties de Smur et à 15,9 millions de dossiers de régulation médicale en 2022¹². Le nombre d'appels a augmenté de 26,3 % depuis 2019 et les dossiers de régulation médicale de 29,9 %.

Les passages dans les structures des urgences, quant à eux, augmentent continûment depuis 1996, à l'exception des années de crise sanitaire (2020 et 2021) au cours desquelles l'activité a connu une forte baisse (- 22 % de passages entre 2019 et 2020, - 7,5 % de 2019 à 2021)¹³. La croissance du nombre de passages, de 2015 à 2019 (11,1 %), correspond à une augmentation du recours aux urgences de la population (10,5 %) bien davantage qu'à l'augmentation de la population, qui n'y a contribué que faiblement (0,6 %)¹⁴.

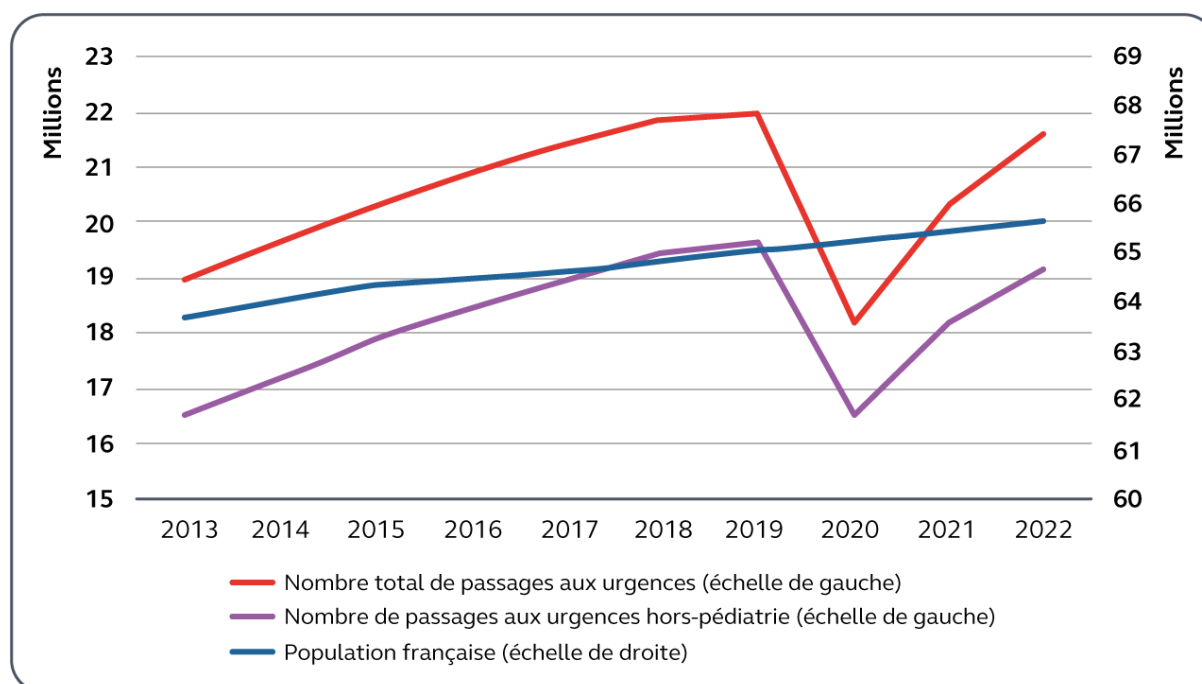
Le tableau joint en annexe n° 4 détaille les effets de la pandémie en 2020-2021 sur l'évolution de la fréquentation des diverses structures des urgences. Les urgences pédiatriques sont celles dont l'activité a le plus diminué mais la baisse a affecté tous les types d'établissements dans une proportion comparable.

En 2022, d'après les données de la Drees, les services d'urgence ont enregistré 20,9 millions de passages (hors outre-mer et hors Corse), chiffre en hausse de 6 % par rapport à l'année 2021 bien qu'inférieur de 3 % à celui de l'année 2019, avant la crise sanitaire.

¹² Panorama 2022, Fédoru

¹³ D'après les données issues des panoramas de la Fédoru

¹⁴ Cnam, rapport *Charges et produits*, juillet 2023, p. 156.

Graphique n° 1 : nombre de passages aux urgences et évolution de la population

Source : Cour des comptes, d'après la Statistique annuelle des établissements de santé (Drees) et les données de population (Insee)

Les enfants de moins d'un an ont représenté 4 % des passages aux urgences, les enfants de 1 à 17 ans, 24 %, les adultes de 18 à 75 ans, 58 %, et les plus de 75 ans, 14 %¹⁵. La seule césure à 75 ans, habituellement utilisée, mériterait d'être complétée au regard de l'allongement de l'espérance de vie, du vieillissement de la population et de la complexification des prises en charge à des âges supérieurs à 75 ans.

Par ailleurs, le recours aux urgences est plus important parmi les personnes de plus de 17 ans n'ayant pas de médecin traitant déclaré (23,3 % contre 19 % pour les personnes ayant un médecin traitant)¹⁶.

En 2022, 13,9 millions de personnes différentes, soit 20 % de la population (67,9 millions d'habitants), ont sollicité les urgences¹⁷ dont 4 millions plus d'une fois (10,9 millions de passages, soit 52,3 % du nombre de passages). Les personnes prises en charge par les urgences au moins trois fois dans l'année représentent 2 % de la population mais près de 28 % des passages aux urgences. Les personnes prises en charge cinq fois, ou davantage, par les urgences représentent encore 25 % des passages. Ce public d'utilisateurs fréquents est caractérisé par des facteurs de précarité importants, résidant davantage dans des communes dont la population dispose, en moyenne, de faibles revenus, et est, davantage que la moyenne de la population, bénéficiaire d'une assurance complémentaire de santé dite « solidaire » ou gratuite.

¹⁵ Données ATIH, 2022.

¹⁶ Cnam, rapport précité.

¹⁷ Cnam (direction de la stratégie, des études et des statistiques) ; données extraites du PMSI.

1 - Une évolution contrastée des passages aux urgences selon les territoires et les périodes de l'année

L'augmentation tendancielle du recours aux urgences masque des écarts territoriaux importants. Ainsi, en 2022 et toujours selon les données de la Drees¹⁸, alors que les passages ont évolué de 11,5 % en Bretagne, de 9,3 % en Bourgogne-Franche Comté ou de 9,7 % en Ile-de-France, ils ont enregistré une hausse plus contenue de 2,9 % en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, de 1,5 % en Nouvelle-Aquitaine ou une quasi-stagnation dans les Pays-de-la-Loire (0,8 %), par rapport à l'année 2021.

Par ailleurs, l'activité annuelle des urgences n'est pas linéaire et connaît de fortes variations saisonnières : c'est le cas notamment en période estivale (de juillet à début septembre) où certains départements touristiques¹⁹ enregistrent une augmentation moyenne quotidienne des passages de 10 à 20 % quand d'autres départements²⁰ connaissent une diminution équivalente de leur activité.

2 - Une majorité de cas de faible gravité et une sollicitation importante aux horaires et jours de fermeture des cabinets médicaux

La tendance que la Cour des comptes avait relevée dans son rapport sur les urgences hospitalières de 2017 s'est poursuivie : un peu plus de 70 % des passages aux urgences correspondent à des cas peu graves ou peu urgents (CCMU 1 et 2)²¹, en dépit des diverses mesures prises ou annoncées par les pouvoirs publics pour tenter de restreindre le recours aux urgences hospitalières aux cas justifiant une réelle inquiétude de par leur gravité apparente et la réaction immédiate qu'ils peuvent appeler.

Tableau n° 1 : nombre de passages aux urgences par niveau de gravité, en 2022

Gravité	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3	CCMU 4 et 5
Taux dans l'ensemble des RPU	16,2 %	55,6 %	17,3 %	1,4 %

Nota : CCMU signifie « classification clinique des malades des urgences » ; RPU « résumé de passage aux urgences ».

Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH (2022)

¹⁸ Données issues de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) - *Panorama 2022* de la Fédération

¹⁹ Charente-Maritime, Landes, Pyrénées-Atlantiques, Hautes-Alpes, Var, Pyrénées-Orientales notamment.

²⁰ Sarthe, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Ain, Loire, Rhône, Saône-et-Loire notamment.

²¹ CCMU 1 désigne l'état des patients dont l'état lésionnel et le pronostic fonctionnel sont jugés stables et qui ne nécessitent pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences ; CCMU 2 désigne l'état des patients dont l'état lésionnel et le pronostic fonctionnel sont jugés stables mais qui nécessitent au moins un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences ; CCMU 3 désigne l'état des patients dont l'état lésionnel ou fonctionnel est jugé instable, avec possibilité d'aggravation, mais sans mise en jeu du pronostic vital à court terme ; CCMU 4 désigne l'état des patients dont la pathologie engage le pronostic vital, mais qui ne nécessitent pas de prise en charge réanimatoire ; CCMU 5 désigne l'état des patients dont la pathologie engage le pronostic vital et qui nécessitent une prise en charge réanimatoire.

En 2022, environ 16 % des passages aux urgences étaient classés en CCMU 1, 55,6 % en CCMU 2. Parmi ces CCMU 2, un petit nombre relève bien des urgences malgré leur faible gravité.

Les cas les plus graves (CCMU 4 et CCMU 5) n'ont pas dépassé 2 % des sollicitations entre 2019 et 2022. S'agissant de la durée moyenne d'un passage aux urgences, 61 % étaient inférieurs à quatre heures mais seulement 30 % des patients hospitalisés l'étaient dans ce délai.

Près de 54 % des passages ont eu lieu de jour et en semaine (de 8 heures à 20 heures entre lundi et vendredi), 16 % de jour, pendant la permanence des soins de fin de semaine (samedi après-midi, dimanches et jours fériés), et 27 % la nuit (de 20 heures à 8 heures du matin)²², c'est-à-dire en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets de médecine libérale.

Ces différents éléments traduisent, dans une proportion difficile à mesurer précisément, la difficulté des patients à accéder à des soins non programmés en ville ainsi que la facilité à pouvoir solliciter ce service public à toute heure du jour et de la nuit. Cette sursollicitation de la médecine d'urgence au regard de ses propres capacités et de ses propres missions n'est pas sans risque pour la permanence des services, d'une part, et pour la qualité de la prise en charge, d'autre part.

B - Une dégradation du service rendu

En l'absence d'un indicateur synthétique d'appréciation de la qualité du service rendu sur une période longue, des indices d'évolution doivent être recherchés en recoupant indirectement d'autres données dont la relation avec la qualité de prise en charge a été vérifiée.

1 - L'absence d'indicateur national de la qualité des soins dispensés

Des référentiels d'évaluation de la qualité ont été, depuis longtemps, mis à disposition des établissements par les sociétés savantes²³ mais ils reposent sur l'évaluation des moyens déployés et ne font pas l'objet d'une synthèse nationale.

Ainsi, la Haute Autorité de santé (HAS), chargée de la certification des établissements de santé²⁴, a consacré un chapitre particulier aux structures d'urgences dans son référentiel V2014 portant sur les moyens déployés et non sur les résultats obtenus²⁵. À la fin de ce cycle de visites de tous les services d'urgence, 1 309 écarts ont été relevés dont 827 points sensibles, 475 non-conformités et sept non-conformités majeures.

²² Panorama 2022, Fédorou.

²³ *Les critères d'évaluation des services d'urgences*, référentiel de la SFMU, 2006, et référentiels Anap.

²⁴ CSP, art. L. 611-2 « Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités ».

²⁵ La version actuelle du critère 2.2-03 intègre six éléments d'évaluation du parcours du patient ; sur 420 établissements disposant d'un service d'urgences et évalué sur ce critère, le score moyen est de 90,73 %, 50 établissements obtenant un score inférieur à 80 %.

Le recensement et l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) intervenus dans les structures des urgences constituent un élément significatif d'appréciation de la qualité des soins qui y sont dispensés. Cependant, même si la déclaration des événements indésirables graves associés aux soins est obligatoire²⁶ aux termes du code de la santé publique, cette démarche ne se généralise que progressivement. En outre, la HAS qui établit chaque année un bilan de ces événements indésirables ne distinguait pas, avant le bilan de 2022 publié en 2024²⁷, ceux survenus au sein des structures des urgences. La DGOS ne disposait donc pas, jusqu'à cette date, d'un bilan consolidé des événements indésirables graves associés aux soins survenus dans les structures de médecine d'urgence, les données transmises chaque année par les établissements n'étant auparavant exploitées qu'au sein des agences régionales de santé. Il est nécessaire que la HAS poursuive le recensement des événements indésirables graves associés aux soins déclarés spécifiquement au sein des structures de médecine d'urgence.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins²⁸ destinés à être publiés en ligne pour informer le public ne comprennent pas d'indicateur de résultat spécifique aux structures des urgences, alors même que la spécificité d'exercice au sein des structures des urgences a été soulignée par le rapport Millat²⁹.

La HAS indique qu'elle a engagé en 2024 des travaux, sur saisine de la DGOS, pour développer un indicateur sur la mortalité aux urgences et un indicateur sur la satisfaction des patients aux urgences (les notes de cadrage de ces deux développements seront publiés avant la fin de l'année 2024).

Peu d'établissements ont systématisé les enquêtes de satisfaction auprès des patients à l'échelle des urgences³⁰. L'existence d'une cellule de suivi de la qualité consacrée à la structure des urgences n'est, par ailleurs, pas généralisée. Il est donc souhaitable que tous les établissements s'en dotent, compte tenu des risques inhérents à l'activité des urgences.

Les plaintes et réclamations recueillies par les commissions des usagers ou les directions des établissements ne sont pas collectées ni analysées au niveau national. Les données recueillies au sein des établissements contrôlés au titre de la présente enquête font apparaître que la structure des urgences est, en général, le service qui fait l'objet du plus grand nombre de plaintes et réclamations au sein des établissements de santé mais, aussi, que les chiffres sont globalement faibles en proportion du nombre de patients accueillis, notamment durant la crise sanitaire.

²⁶ CSP, art. R. 1413-67 à R. 1413-73.

²⁷ Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences, HAS, 25 avril 2024, étude faisant suite à un premier bilan partiel publié le 9 novembre 2023 (Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2022).

²⁸ CSP, art. R. 6111-8 (arrêté du 30 août 2023 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).

²⁹ *Généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales de spécialités à risques*, rapport de la mission confiée au Pr Bertrand Millat, octobre 2022.

³⁰ Sur 12 CHU répondants, seuls cinq évoquent un dispositif de mesure de l'expérience du patient ; la majorité des autres établissements du périmètre de l'enquête ne disposent pas de données identifiables, ceux-ci estimant que les recueils réglementaires prévus par les dispositifs nationaux (enquête E-Satis) et portant sur l'ensemble de l'établissement sont suffisants.

Les enquêtes de satisfaction auprès des patients et la communication publique de leurs résultats devraient être systématiques.

En l'absence de telles données, un faisceau d'indices permet d'identifier une dégradation de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients par les structures des urgences.

2 - Des dépassements de capacité d'accueil plus fréquents

Selon les données collectées par les agences régionales de santé avec les observatoires régionaux des urgences et analysées par la Fedoru, la durée moyenne d'un passage aux urgences, entre l'enregistrement administratif à l'arrivée (l'admission) et la sortie de la structure des urgences, quelle que soit l'orientation de celle-ci, s'allonge pour toutes les catégories de patients, notamment pour ceux dont l'état est le plus critique³¹ : patients hospitalisés après passage aux urgences, patients âgés de plus de 75 ans³² (cf. annexe n° 22).

L'observatoire régional des urgences du Grand-Est a très récemment développé, à titre expérimental, un nouvel indicateur, baptisé LBE (lits-brancards estimés), consistant à dénombrer les patients en attente de sortie de la structure des urgences, à un instant donné³³. Il traduit les difficultés d'orientation et de transfert des patients en aval des urgences et la saturation des structures d'urgences qui peut en découler. L'étude révèle des situations très contrastées entre établissements, avec des situations parfois très dégradées : ainsi, au début du mois de mars 2023, la part de LBE dans l'ensemble des patients présents s'est établie à plus de 40 % dans certains établissements, et à moins de 10 % dans d'autres.

Cette observation confirme que le nombre d'admissions n'est pas le seul facteur influant sur la saturation de la structure des urgences ; celle-ci résulte même davantage de l'insuffisance de disponibilité de lits d'aval que d'un excès d'entrées dans le service. Cette analyse rejoint celle du syndicat professionnel Samu-Urgences de France qui a recueilli auprès des établissements le nombre de patients restés sur des brancards la nuit par manque de lit d'hospitalisation (45 265 déclarations de patients restés sur un brancard la nuit, faute de lits d'hospitalisation, entre décembre 2021 et mars 2024).

Ainsi, même en l'absence d'indicateur national synthétique, l'évolution de ces différents indicateurs démontre une dégradation du service rendu par les structures de médecine d'urgence.

Parmi les établissements de santé examinés dans le cadre de la présente enquête, la très grande majorité des structures des urgences connaît fréquemment une situation de saturation. La présence de patients stationnant sur des brancards dans les couloirs de la très grande majorité

³¹ L'ARS des Pays de la Loire a mesuré une augmentation de 49 % du délai d'attente médian de 2021 à 2023.

³² La durée préalable à l'admission augmente aussi, avec des risques pour les patients acheminés en ambulance ou par les services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) qui peuvent attendre dans le véhicule, ainsi immobilisé, pendant un délai largement excessif (plusieurs heures). Une situation particulièrement tendue en Gironde a ainsi conduit le Sdis 33 à effectuer de nombreux signalements auprès de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine.

³³ La méthode consiste à sélectionner les résumés de passage aux urgences (RPU) des patients présents à 8 h 00 du matin, arrivés la veille dans le service jusqu'à 22 h 00 (plus de 10 heures de présence), et hospitalisés après leur passage aux urgences (par mutation³³ ou transfert). Les RPU ainsi sélectionnés correspondent au nombre de lits-brancards estimés (LBE).

des services visités est documentée. Le temps d'attente avant admission aux urgences et le délai moyen de passage ne sont pas communiqués au patient en salle d'attente dans 30 % des établissements³⁴. Un effort notable d'information en direction des personnes arrivant aux urgences reste à accomplir.

3 - La multiplication des restrictions d'accès et des fermetures de service

Dès 2022 et de façon amplifiée en 2023, de nombreux services d'urgences ont restreint leur ouverture ou ont fermé en raison, notamment, de difficultés à assurer le recrutement de médecins urgentistes et, dans une moindre mesure, de professionnels paramédicaux. Les agences régionales de santé ont parfois été prévenues tardivement ou *a posteriori* des différentes organisations mises en place par ces établissements.

Avant 2023, le ministère de la santé ne parvenait pas à anticiper et à gérer les tensions saisonnières dans les services d'urgence, comme pendant les périodes de congés du personnel ou les pointes d'activité estivale ou sportive. Les organismes professionnels ont signalé les fermetures mais les autorités n'ont pas toujours pu vérifier ces informations ni réagir efficacement. Depuis le printemps 2023, les agences régionales de santé collectent ces informations et les mettent à disposition du public et du système de santé. Les centres d'appel (centres 15-Samu ou Sas) sont maintenant mieux informés, pour éviter d'orienter les patients vers des services fermés mais des problèmes persistent, comme les renvois répétés entre établissements.

4 - Des risques aggravés pour les patients

La durée des passages dans les structures des urgences a été identifiée comme facteur de morbidité³⁵ et de mortalité³⁶. L'association professionnelle Samu-Urgences de France a alerté sur la surmortalité engendrée par la dégradation des conditions de travail et de prise en charge au sein des services d'urgence *via* le recensement, depuis décembre 2022, sur base déclarative, des décès inattendus dans les activités d'urgence³⁷.

Les données collectées par les juridictions financières à l'occasion de leurs contrôles indiquent quant à elles une augmentation des déclarations d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) signalés par les établissements de santé, avec une augmentation

³⁴ Données HAS (critère 2.2-03-ee06 recueilli auprès de 365 établissements).

³⁵ *La crise des urgences*, Pr Dominique Pateron, président du Collège national professionnel de la médecine d'urgence, Les tribunes de la santé n° 76, 2023).

³⁶ Une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de 40 % le risque de mortalité hospitalière des patients âgés, qui passe de 11,1 % à 15,7 % (l'étude s'est déroulée du 12 au 14 décembre 2022, dans 97 services d'accueil des urgences en France, incluant un total de 1 598 patients de plus de 75 ans hospitalisés après passage aux urgences) - *Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients* - Melanie Roussel, MD1 ; Dorian Teissandier, MD2 ; Youri Yordanov, MD, PhD 3, 4 ; et al. - JAMA Internal Medicine 2023 (publication sur le site de la revue le 6 novembre 2023) ; étude, réalisée au nom de l'AP-HP, de l'Inserm et de Sorbonne Université, coordonnée par le professeur Yonathan Freund et par le docteur Mélanie Roussel.

³⁷ L'association indique avoir recueilli 32 déclarations de décès inattendus en décembre 2022, 11 en janvier 2023, avec une estimation de 150 décès sur l'année 2022, à partir des données recueillies dans 32 départements.

notable depuis 2019. Les agences régionales de santé ont, de même, observé une forte augmentation³⁸ de tels événements de 2017 à 2023³⁹. La qualité de la prise en charge, les retards de soins et les tensions en ressources humaines en sont les principaux motifs.

La HAS a recensé les événements indésirables graves associés aux soins déclarés au sein des structures de médecine d'urgences au cours de l'année 2022 et du premier trimestre 2023. Les chiffres fournis sont cohérents avec le recensement effectué par Samu-Urgences de France : 195 événements indésirables graves associés aux soins ont été enregistrés sur cette période ; la déclaration a été déclenchée par le décès d'un patient dans 68 % des cas ; 63 % de ces événements étaient considérés comme évitables par les déclarants et plus de la moitié d'entre eux résultaient directement d'erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins avec, notamment, des défauts de surveillance ou des retards de prise en charge. L'analyse des causes profondes, c'est-à-dire des facteurs multiples ayant conduit à un événement indésirable grave associé aux soins, met en évidence, au-delà du facteur premier de l'état de santé du patient, des facteurs liés à la charge de travail et à la fatigue des professionnels, à des défaillances matérielles ou au manque de lits d'aval. La HAS assortit ses constats de recommandations, parmi lesquelles la fluidification du parcours du patient, l'amélioration des compétences individuelles et d'équipe, et la sécurisation du recueil des informations sur le patient.

Une initiative de l'observatoire régional des urgences en Auvergne-Rhône-Alpes, portée par le réseau régional « Urg'Ara », vise à comparer la mortalité de personnes âgées passées aux urgences avec celle des mêmes types de patients ayant bénéficié d'une admission directe en hospitalisation, soulignant des différences significatives entre régions et établissements.

En dépit du caractère non exhaustif des déclarations d'événements indésirables graves associés aux soins, qui ne permettent donc pas d'établir un lien épidémiologique certain entre l'évolution du nombre de déclarations et la qualité du service rendu, un bilan global annuel produit par la HAS, sur le modèle du bilan établi pour l'année 2022, contribuerait à leur prévention, objet de la recommandation n° 1.

II - Un accès aux soins non programmés, en ville et à l'hôpital, à mieux graduer

L'organisation d'un accès gradué en fonction de l'état de santé des patients, coordonné avec l'offre de soins non programmés sur un territoire, est essentielle pour le bon fonctionnement des urgences.

³⁸ Sur 13 ARS ayant répondu à l'enquête de la Cour, la très grande majorité fait apparaître une augmentation très significative du nombre d'EIGS intervenus dans le périmètre des urgences de 2017 à 2023. Un total de 853 EIGS a été enregistré (dont 275 en 2023 contre 19 en 2018). L'enquête réalisée par la Cour auprès de CHU corrobore ces résultats avec, sur huit CHU répondants, une évolution de 11 déclarations en 2019 à 28 en 2023

³⁹ Certaines ARS utilisent la méthode « ALARM », méthode d'analyse développée en 1999 par un par un groupe coopératif de recherche britannique composé du « *Clinical Safety Research Unit* » (*Imperial College London*) et de l'« *Association of Litigation And Risk Management* » (ALARM)

Soins programmés et soins non programmés

Soins programmés et soins non programmés doivent être distingués des soins urgents qui intègrent une notion de gravité avérée ou probable.

Les soins programmés sont administrés dans le cadre d'un parcours de soins normal, soit par prise de rendez-vous auprès d'un médecin de ville, soit par hospitalisation planifiée, consécutive à un diagnostic ou à des examens, sans caractère d'urgence.

Les soins non programmés, ou soins immédiats, peuvent être définis « [...] *comme ceux devant répondre à un besoin de soin ressenti mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences* »⁴⁰.

Une hospitalisation peut relever de soins programmés ou non programmés, dès lors qu'elle ne correspond pas à une urgence.

L'activité des urgences compense aujourd'hui, de manière peu satisfaisante, la difficulté croissante des patients à accéder à une offre de soins non programmés en ville ou à l'hôpital, en raison de la réduction de la ressource médicale⁴¹.

Elle suppose, en tout premier lieu, une offre de soins non programmés en ville claire et accessible. En dépit des différentes réformes engagées ces dernières années⁴², la prise en charge des soins immédiats en ville reste en deçà de ce qui est nécessaire pour réduire la pression sur les urgences. Reposant sur des leviers essentiellement incitatifs, la recomposition de l'offre de ville et sa régulation à travers les nouveaux services d'accès aux soins, encore fragiles, doivent être confortées (A). L'accès régulé aux urgences hospitalières est devenu indispensable pour réduire la pression sur ces services mais il doit faire l'objet d'une vigilance accrue au regard des besoins potentiels des patients, par une approche territoriale sécurisée (B).

A - Améliorer l'orientation du patient vers la médecine de ville

L'accès à l'offre de soins de ville non programmés demeure inégal et fragile, notamment en horaire de permanence des soins, ce qui a une incidence sur l'activité des urgences (1). La recomposition de l'offre ambulatoire qui se dessine est susceptible d'améliorer l'accès aux soins non programmés et la coordination des parcours de santé. Elle comporte cependant des risques de déstabilisation du système de soins qu'il convient d'anticiper et de circonscrire (2). L'architecture naissante de la régulation de l'accès à l'offre de soins de non programmés, à travers l'action conjuguée des Samu, des Sas et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) doit, quant à elle, être consolidée (3).

⁴⁰ Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires, rapport du député Thomas Mesnier, publié le 22 mai 2018.

⁴¹ *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, Cour des comptes, rapport public thématique, mai 2024.

⁴² La stratégie « Ma santé 2022 » a ainsi encouragé le développement de l'exercice médicale regroupé, notamment pour faciliter l'organisation de la permanence des soins et les coopérations entre médecins et professionnels paramédicaux, et celui des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Le Pacte de refondation des urgences de 2019 a retenu, pour première action, la mise en place dans tous les territoires d'un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des français, le « service d'accès aux soins » (Sas).

1 - Un accès insatisfaisant à l'offre de soins non programmés en ville

a) Une baisse de la ressource médicale, décorrélée de l'évolution des besoins en santé de la population

D'après les données issues du répertoire des professionnels de santé, sur les 20 dernières années, l'effectif des médecins généralistes libéraux, hors médecin à exercice particulier, suit une pente descendante depuis 2012 (- 12 % entre 2012 et 2023), après une décennie de relative stabilité.

En outre, d'après l'atlas de la démographie médicale de 2023 publié par le Conseil national de l'ordre des médecins, la médecine générale en exercice régulier libéral, moins prisée que d'autres formes d'exercice, est de plus en plus exercée à temps partiel⁴³. Malgré cette évolution, le nombre d'actes médicaux délivrés⁴⁴ est resté relativement stable (environ 250 millions d'actes par an) mais après, cependant, une baisse préoccupante depuis 2015, phénomène amplifié par la crise sanitaire⁴⁵. Cette évolution est à relier à la division par trois des visites à domicile, de 1997 à 2016⁴⁶, activité pourtant de plus en plus nécessaire au regard de l'accroissement de la population âgée, plus souvent en difficulté pour se déplacer.

Cette stagnation en valeur absolue du nombre d'actes médicaux délivrés laisse sans réponse une part croissante de la demande de soins, en raison de l'augmentation de la population et de son vieillissement⁴⁷. Le nombre de bénéficiaires actifs⁴⁸ est ainsi passé de 39 millions en 2004 à près de 55 millions en 2020⁴⁹ et le nombre d'actes par patient, de 5,5 par an, en 2004, à 4,2, en 2020.

Cette distorsion croissante entre l'offre et la demande de soins de ville engendre des tensions rejaillissant en besoin de soins non programmés et, en l'absence de réponse suffisante à ce stade, d'accueil aux urgences.

b) Une permanence des soins ambulatoire fragile

Organisée par les agences régionales de santé, le plus souvent à l'échelle départementale, la permanence des soins ambulatoires désigne la prise en charge par des médecins généralistes des demandes de soins exprimées en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets libéraux⁵⁰. Obligatoire jusqu'en 2003, elle est désormais exercée sur la base du volontariat, majoritairement par les médecins libéraux mais, aussi, par des médecins salariés, retraités ou

⁴³ Constat d'une augmentation de 64,4 % du nombre de médecins intermittents entre 2010 et 2023.

⁴⁴ Comprenant les consultations et les visites à domicile cumulées.

⁴⁵ *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, rapport public thématique, Cour des comptes, mai 2024.

⁴⁶ État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes en France en 2016, Antonice Colin

⁴⁷ La Drees et l'IRDES ont développé un indicateur pour mesurer et comparer la plus ou moins grande facilité d'accès aux soins pour la population d'un territoire défini : l'accessibilité potentielle localisée (APL) des soins.

⁴⁸ Le bénéficiaire actif désigne un patient ayant bénéficié d'au moins un acte de médecine générale par an.

⁴⁹ Source : Système national des données en santé (SNDS).

⁵⁰ Le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés.

remplaçants. Elle consiste en deux types de missions : la régulation médicale téléphonique et l'effectation (consultations médicales sur orientation du médecin régulateur).

En assurant une continuité des soins de ville, le bon fonctionnement de la permanence des soins est un facteur essentiel d'allègement du recours aux services d'urgence. Ainsi, en 2021, seuls 8 % des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires ont été suivis, le jour même ou le lendemain, d'un passage aux urgences⁵¹.

Toutefois, des territoires sont mal couverts, notamment en « nuit profonde » (de 0 heure à 8 h 00 du matin), et la participation des médecins au dispositif est très inégale, selon les enquêtes annuelles réalisées par le Conseil national de l'ordre des médecins.

La participation des médecins libéraux en activité régulière à la régulation du Centre 15 ou du service d'accès aux soins (Sas), après avoir enregistré une baisse de près de 3 % en 2022, a augmenté de 8,5 % en 2023. Cette même année, 988 médecins retraités, remplaçants et salariés, y ont participé (nombre en hausse de 22,3 % par rapport à 2022).

Le taux de participation des médecins libéraux à la dispensation de soins était aussi en hausse en 2023 (39,4 % en 2023⁵² contre 38,5 % en 2022) mais avec des disparités territoriales importantes, s'échelonnant de 8 % pour Paris à un maximum de 82 % dans les Vosges. Dans des territoires sous-dotés en médecins⁵³, des taux élevés de participation peuvent ne pas suffire à couvrir la permanence des soins.

La permanence des soins peut être considérée comme généralement satisfaisante en soirée et durant les fins de semaine et jours fériés. Elle s'est améliorée facialement grâce à une augmentation de la superficie des territoires d'exercice et à une réduction de leur nombre par les agences régionales de santé (97 % des territoires concernés en 2023) mais ce n'est pas le cas en nuit profonde (24 % seulement des territoires couverts). Les structures des urgences sont ainsi seules⁵⁴ pour assurer la permanence de soins sur cette plage horaire. En outre, près de 75 % des conseils départementaux de l'ordre des médecins⁵⁵ disent craindre un désengagement d'un ou de plusieurs médecins volontaires sur les soirées de semaine, ce qui serait, sans nul doute, pénalisant pour les urgences déjà fortement mobilisées à ce moment de la journée.

Pour inciter les médecins à participer à la permanence des soins et faciliter son exercice, plusieurs dispositions ont été adoptées ces dernières années : réévaluation, en 2021, du forfait minimal d'astreinte⁵⁶, incitation à la participation des médecins retraités⁵⁷ et des docteurs juniors⁵⁸. Par ailleurs, l'extension du dispositif à d'autres professionnels de santé (sages-

⁵¹ Cnam, rapport Charges et produits publié en juillet 2023.

⁵² Représentant 26 065 médecins volontaires pour 66 257 médecins susceptibles de prendre une garde.

⁵³ C'est le cas, notamment, des départements de la Haute-Loire, de l'Aube et de l'Eure-et-Loire qui rencontrent des difficultés de couverture malgré des taux de participation élevés (respectivement 74 %, 75 % et 76 %).

⁵⁴ Ces territoires sont appelés « zones blanches ».

⁵⁵ Selon les rapports du CNOM de 2022 et de 2023

⁵⁶ De 150 € à 180 € pour une permanence de 12 heures.

⁵⁷ Adoption dans le cadre de la LFSS 2023 de l'exonération de cotisations vieillesse et de la possibilité de cumul emploi-retraite total, sans plafond, pour favoriser la participation des médecins retraités.

⁵⁸ La participation des docteurs juniors de médecine générale à la PDSA a été introduite dans la maquette de formation arrêtée en août 2023.

femmes et infirmiers) est prévue par la loi du 19 mai 2023⁵⁹ ainsi que la généralisation d'une régulation de la permanence des soins dentaires par les chirurgiens-dentistes, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Ces mesures sont en cours de déploiement.

De même, le développement des lieux d'exercice fixes de la permanence des soins ambulatoires, au sein des maisons médicales de garde (MMG)⁶⁰, notamment à proximité immédiate des gros services d'urgence (plus de 50 000 passages par an), doit être conforté. A cet égard, le Pacte de refondation des urgences a préconisé, dans sa mesure n° 2, l'installation d'une maison médicale de garde à proximité immédiate des gros services d'urgences (plus de 50 000 passages par an).

En 2023, 541 maisons médicales de garde ont été recensées au niveau national contre 464 en 2019. Elles permettent un exercice de la permanence des soins moins isolé pour les médecins, dans des locaux bien équipés et parfois sécurisés (présence de vigiles). Leur installation, à proximité immédiate d'un hôpital et de son plateau technique d'imagerie et de biologie, facilite les flux et les réorientations de patients depuis les services d'urgences (cf. annexe n° 12). Cette mesure pourrait être complétée par la généralisation du transport sanitaire des patients non mobiles vers les lieux fixes de soins, comme le préconisait la mesure n° 3 du Pacte de refondation des urgences. Cette solution est encore insuffisamment développée (seules 12 départements en bénéficient) alors qu'elle est plébiscitée par les conseils départementaux de l'ordre des médecins. Le recours à des infirmiers mobiles pour organiser des téléconsultations assistées, depuis le domicile des patients fragiles, ou l'organisation d'une permanence des soins propre aux infirmiers pour la réalisation des prescriptions des médecins mobiles⁶¹ sont d'autres pistes à explorer.

Pour réduire la pression sur les urgences sur des plages horaires où la demande est forte, comme en début de soirée ou en fin de semaine, des mesures de nature à mieux couvrir ces périodes sensibles comme le samedi matin⁶², en articulation étroite avec la régulation par le service d'accès aux soins (Sas, cf. *infra*), seraient opportunes et, au regard de la difficulté à assurer la permanence des soins la nuit, une valorisation adaptée des visites à domicile pour les patients fragiles sur cette plage horaire, notamment en Ehpad, devrait être recherchée⁶³.

Les mesures incitatives décrites ci-dessus contribuent à améliorer la continuité des soins en tirant le meilleur parti de la ressource médicale disponible mais elles peinent à compenser l'insuffisance globale de l'offre au regard des besoins en santé de la population et ne suffisent pas à corriger l'hétérogénéité de la densité de médecins sur le territoire. Les effets limités de

⁵⁹ Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance envers les professionnels de santé.

⁶⁰ Les maisons médicales de garde sont définies par la circulaire DHOS-DSS-CNAMTS/O1/B n° 2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

⁶¹ Solution mise en œuvre en Loire-Atlantique par l'ARS Pays-de-la-Loire.

⁶² En ce sens, d'après les données issues de l'enquête du Cnom, 38 départements ont d'ores et déjà élargi les horaires de la PDSA au samedi matin pour la régulation téléphonique et 15 pour l'effectif.

⁶³ D'après la Cnam, l'activité de PDSA comporte une part non négligeable de visites à domicile, en particulier chez les patients âgés (26 % des actes cliniques de la PDSA régulés en 2021), mais ces dernières sont en baisse constante depuis une dizaine d'années (40 % de l'activité en 2015 contre 50 % en 2008) - Rapport Charges et produits publié en juillet 2023.

ces mesures face à la dégradation de l'accès aux soins conduisent à la question du rétablissement de la participation obligatoire à la permanence des soins ambulatoires couplé à des mesures d'équilibre territorial de l'installation des médecins afin de mieux répartir la charge de son exercice entre les médecins.

c) Des incidences sur l'activité des urgences

La Cnam⁶⁴ a établi que le recours aux urgences, motivé dans sa très grande majorité par des pathologies bénignes, était plus fréquent parmi les patients⁶⁵ qui n'ont pas de médecin traitant déclaré (23,3 % contre 19,1 % pour ceux ayant un médecin traitant). Cette proportion augmente nettement lorsque les personnes présentent une pathologie continue ou chronique : dans cette dernière hypothèse, 31,4 % n'ayant pas de médecin traitant recourent au moins une fois dans l'année aux urgences contre 23 % de ceux qui en disposent. Or, selon les données de la Cnam, le taux de patient sans médecin traitant a augmenté de près de trois points entre 2015 et 2022, passant de 9,3 % à 12,2 %.

L'ARS Centre-Val-de-Loire a mis en évidence, dans les territoires affectés par une sous-densité de l'offre médicale en ville, des prises en charge plus tardives, une mortalité cardiovasculaire plus importante et un accès à la greffe rénale moins structuré, induisant un taux de dialyse important en urgence.

Dans le même sens, la part des cas classés en niveau 1 et 2, d'après les résumés de passage aux urgences et, de façon plus fine, l'indicateur « *patients relevant potentiellement de la ville* », développé par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, traduisent les imbrications entre faiblesse de l'offre de ville et recours aux urgences. Le rapprochement des données de recours aux urgences par ces patients et de la densité de l'offre de médecins généralistes en ville, en région Hauts-de-France, conduit à envisager cette corrélation, même si d'autres facteurs (non-respect du parcours, méconnaissance de l'offre de ville) peuvent aussi influencer (cf. annexe n° 11).

2 - Une recomposition des soins de ville aux effets encore limités et porteuse de risques

a) Une diversification des modes d'exercice et un essor des approches pluriprofessionnelles encore insuffisant pour dégager du temps médical

L'effet de déversement sur la médecine d'urgence de l'excès de demande de soins de premier recours par rapport à l'offre disponible en ville rend encore plus prioritaire les mesures pouvant élargir cette offre de soins de ville. Le rapport Mesnier-Carli y consacre d'importants développements et plusieurs de ses préconisations dans ce domaine ont été reprises dans le Pacte de refondation des urgences (mesures n° 2 à n° 5). La mesure n° 4 promeut l'élargissement des compétences des professionnels de santé non médecins à la prise en charge directe de patients, sur le fondement de protocoles de coopération avec des médecins, ou en conférant aux infirmiers en pratique avancée la compétence de suivi des maladies chroniques. La mesure n° 2

⁶⁴ Cnam, rapport Charges et produits publié en juillet 2023.

⁶⁵ De plus de 17 ans.

du pacte prévoyait de soutenir l'embauche d'assistants médicaux pour libérer du temps médical et permettre aux patients d'obtenir ainsi plus facilement des consultations médicales sans rendez-vous, en cabinet, en maisons et en centres de santé.

La Cour a récemment publié plusieurs rapports portant sur ces mesures : un rapport sur les infirmiers en pratique avancée en juin 2023⁶⁶, un chapitre sur les Sas et les Samu dans son rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale de 2024⁶⁷, et un rapport public thématique sur les soins de premier recours (mai 2024)⁶⁸.

Ne seront donc succinctement rappelés ici que les principaux dispositifs pouvant alléger le recours aux urgences, sous réserve de conditions de mise en œuvre et de limites détaillées dans les rapports précités :

- l'exercice médical regroupé au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé, des maisons médicales de garde qui favorisent le maintien de médecins dans des zones sous-dotées ; cependant, la productivité par professionnel est souvent moindre qu'en exercice isolé, surtout si les praticiens sont salariés (centres de santé), et la participation à la permanence des soins n'est pas systématique bien que facilitée par ce mode d'exercice (elle suppose que la maison de santé s'inscrive dans l'accord conventionnel interprofessionnel conclu avec l'assurance maladie) ;
- le développement des « pratiques avancées » qui tire parti de l'accroissement de l'effectif des professions paramédicales (infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes) pour compenser, en partie, l'insuffisance de médecins en les allégeant de certaines tâches, sous conditions de qualification particulière ou de protocoles conclus avec les médecins dits coordonnateurs ; ces évolutions au fort potentiel, comme le montrent les exemples étrangers, se heurtent au formalisme médical (protocoles) et à des barrières administratives et financières que les intéressés doivent franchir pour pouvoir contribuer à l'offre de soins de premier recours ;
- le transfert de compétence pour la réalisation d'actes médicaux, tels que la vaccination ou que certains diagnostics simples, à d'autres professions de santé (pharmaciens, infirmiers en pratique avancée) ;
- le soutien au recrutement d'assistants médicaux dans les cabinets de médecins, mesure qui libère du temps médical mais qui rencontre davantage de succès dans l'exercice regroupé que dans l'exercice individuel ;

⁶⁶ *Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever*, Cour des comptes, juillet 2023

⁶⁷ *La réduction des lits à l'hôpital*, Cour des comptes, Ralfss 2024, chapitre VIII.

⁶⁸ *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, Cour des comptes, rapport public thématique, mai 2024.

- la téléconsultation dont le bénéfice, pour les patients et en termes d'offre de soins, suppose que soient respectées un certain nombre de conditions matérielles ou de pratique⁶⁹, de la part du personnel soignant.

Le fort potentiel de ces diverses mesures n'est pas mobilisé aujourd'hui ni mobilisable, de par les résistances aux changements, parfois profondes, qu'elles suscitent et qui se traduisent par des freins médicaux, administratifs et financiers qu'il appartient aux pouvoirs publics de lever.

*b) Le développement des soins non programmés en ville :
une régulation nécessaire et des coopérations à construire avec l'hôpital*

La DGOS, en relation avec les agences régionales de santé, a recensé et cartographié l'offre de soins non programmés en ville pour la porter à la connaissance du public. La carte, disponible en ligne sur le site « sante.fr », situe près de 300 structures spécialisées en soins non programmés dont près d'un tiers est porté par des cliniques privées.

Au sein de cette offre de soins non programmés émergente, les « centres de soins non programmés » dispensent une forme intermédiaire de soins, entre la médecine de ville et la médecine d'urgence, en réponse à la demande semi-urgente de soins non programmés. Structures non soumises à autorisation et relevant de la liberté d'installation, ces centres sont financés par la facturation des actes selon le tarif applicable aux actes de médecine libérale⁷⁰. Non définis juridiquement, ils présentent, cependant, la particularité pour certains d'entre eux de disposer de l'accès à un plateau technique et de pouvoir garder un patient en observation, notamment pour les centres adossés à un établissement de santé.

Ces organismes, qui existent depuis une quinzaine d'années, ont connu un développement accéléré au lendemain de la crise sanitaire, passant de moins d'une vingtaine d'établissements en 2018 à plus d'une centaine en 2023 (93 recensés fin 2022 par l'observatoire régional des urgences d'Occitanie), d'après les données de la Fedoru⁷¹. La Fédération de l'hospitalisation privée⁷² a, quant à elle, recensé 84 centres de soins non programmés adossés à des établissements privés, au terme d'une enquête réalisée pendant l'été 2023.

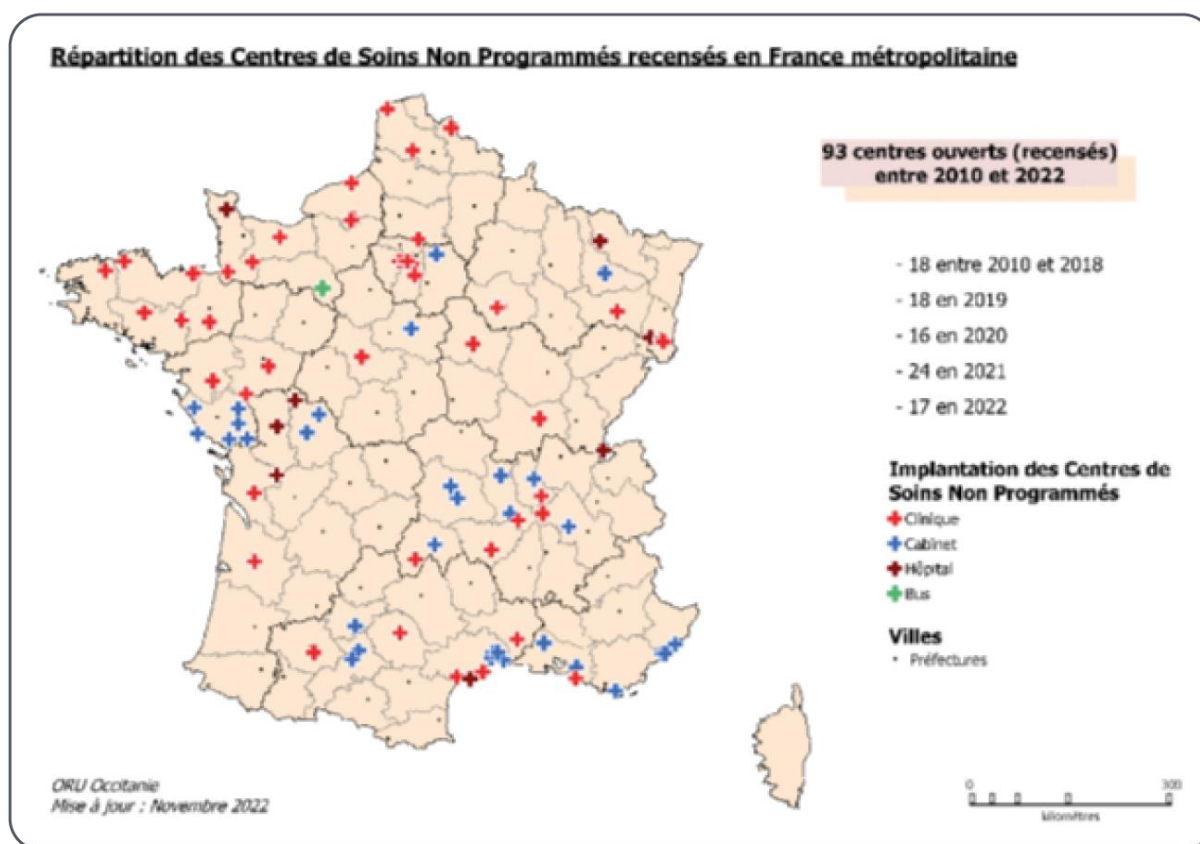
⁶⁹ La convention médicale conclue le 4 juin 2024 par la Cnam avec les organisations représentatives des médecins libéraux et approuvée par l'arrêté ministériel du 20 juin 2024 fixe, dans ses articles 87 à 90, les conditions de réalisation de téléconsultation pour leur prise en charge par l'assurance maladie, selon les principes suivants : la téléconsultation doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné avec une orientation préalable du médecin traitant ; le suivi régulier et de qualité des patients suppose une alternance de consultation en présence physique et de téléconsultations ; la téléconsultation doit s'inscrire dans une logique d'ancrage territorial de réponse aux soins). Par ailleurs, le collège de la Haute Autorité de santé a adopté plusieurs recommandations concernant l'exercice de la téléconsultation (par exemple, *Qualité et sécurité du télésoin – Bonnes pratiques pour la mise en œuvre*, recommandation adoptée le 18 février 2021. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a, aussi, formulé des préconisations quant aux conditions de pertinence des téléconsultations.

⁷⁰ Les tarifs conventionnels des médecins généralistes sont définis dans plusieurs cadres : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la classification commune des actes médicaux (CCAM) et les annexes tarifaires de la convention nationale des médecins.

⁷¹ Séminaire Fedoru 2024, présentation du Dr Pascal Capelle, médecin urgentiste exerçant au sein du centre de soins médicaux et de traumatologie de Castries (34).

⁷² *Les centres de consultations non programmées* - Enquête FHP-MCO, octobre 2023.

Carte n° 1 : centres de soins non programmés



Source : ORU Occitanie

Ils dispensent en majorité des consultations de médecine générale et peuvent prendre en charge la petite traumatologie et des pathologies urologiques, digestives ou rhumatologiques (lombalgie notamment). Selon l'étude de la Fédération de l'hospitalisation privée, les niveaux de gravité pris en charge correspondent majoritairement à des CCMU 1 et 2, ce que confirment les taux d'hospitalisation en sortie de ces structures qui sont inférieurs à 10 %. Ils fonctionnent souvent sur des plages horaires étendues⁷³ et les professionnels qui y exercent sont, à près de 50 %, des médecins urgentistes et, à 33 %, des médecins généralistes⁷⁴, le plus souvent à statut libéral. Des infirmiers, des manipulateurs radio ou des assistants médicaux salariés y travaillent aux côtés des médecins.

Une étude plus fine serait nécessaire pour mieux appréhender les types de structures existantes et leur fonctionnement mais il est déjà possible d'en décrire trois modèles :

- celui des structures isolées, financées par la rémunération à l'acte du personnel médical qui y travaille, à l'instar d'un cabinet de médecine de ville ;

⁷³ Un centre sur deux identifiés dans l'étude de la FHP étant ouvert sept jours sur sept.

⁷⁴ Étude FHP-MCO sur les centres de consultations non programmées, octobre 2023.

- celui des structures regroupées sous une marque collective, dont 100 % du capital appartient à l'équipe soignante, qui mutualisent et norment certaines de leurs activités non médicales (achats, conseil juridique, etc.) ;
- celui des structures franchisées, financées par des fonds d'investissement ou par des cliniques privées à but lucratif, une redevance étant versée au franchiseur et un pourcentage de la rémunération des actes reversé à des entreprises partenaires.

En offrant une alternative aux urgences pour les patients nécessitant des soins immédiats, les centres de soins non programmés peuvent contribuer utilement à l'allègement de la pression sur les structures des urgences. Toutefois, leur développement, souvent sans articulation avec l'offre de soins existante sur le territoire (pas de participation à la permanence des soins ambulatoires, absence de coopération avec les hôpitaux et les maisons médicales de garde) peut engendrer des effets contre-productifs. En outre, ces centres n'assurent pas les fonctions de médecin traitant. En favorisant le consumérisme médical, ils peuvent encourager le contournement du médecin traitant et entraîner un déséquilibre de l'activité de ces derniers, concentrée de ce fait sur la prise en charge des cas les plus lourds et les plus complexes. Ils peuvent aussi capter les ressources humaines des hôpitaux, en particulier le personnel médical, ou engendrer des tensions avec les maisons médicales de garde implantées à proximité dont ils viennent déstabiliser l'activité. Les effets de l'implantation de ces structures sur l'activité des urgences hospitalières, sont donc ambigus.

Malgré l'ouverture d'un centre de soins non programmés en 2020 dans son environnement proche, le centre hospitalier du Puy-en-Velay n'a pas identifié de conséquence notable sur son activité qui reste croissante alors même que le centre assure une activité soutenue de 60 patients par jour. Des observations similaires émanent des CHU de Rennes, d'Angers et de Lille. Certains établissements⁷⁵ constatent, en revanche, le départ de médecins urgentistes de leur service d'urgences pour exercer dans ces structures, attirés par des conditions de travail plus confortables (absence de travail de nuit, rémunération).

À l'inverse, le CHU de Saint-Etienne enregistre des effets positifs sur le nombre de patients pris en charge aux urgences, après l'ouverture de cinq centres de soins non programmés, dont trois gérés par des établissements de santé publics à proximité immédiate de l'accueil des urgences. Plusieurs établissements ont élaboré des protocoles de réorientation avec ces centres⁷⁶.

Face au développement de cette nouvelle offre de soins, il conviendrait, après une évaluation nationale pour caractériser son fonctionnement, d'établir un régime d'autorisation spécifique pour l'inscrire dans les organisations territoriales existantes, afin de ne pas déstabiliser davantage une offre de soins de ville et hospitalière fragilisée.

⁷⁵ CH du Puy-en-Velay, CHU de Lille, CHU d'Orléans.

⁷⁶ C'est le cas du CHU de Nancy qui a conclu un protocole avec le centre de soins immédiats d'Essey-lès-Nancy ou du CHU de Reims qui a conclu une convention d'adressage avec le centre de soins immédiat installé à proximité depuis février 2023. L'ARS Centre-Val de Loire évalue entre 30 à 70 patients par jour la réorientation depuis les urgences du CHU d'Orléans vers le centre de soins programmé.

3 - La régulation par le Samu, le Sas, les communautés professionnelles territoriales de santé : une architecture naissante à renforcer

a) Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'émergence d'un interlocuteur solide pour l'hôpital

Créées par la « loi de modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) jouent un rôle croissant pour organiser sur leur territoire l'offre de soins de ville et coordonner des parcours de soins. Bien que récentes⁷⁷, ce qui rend leur action difficile à évaluer, les CPTS ont d'ores et déjà développé des coopérations prometteuses avec les hôpitaux, pour fluidifier le parcours des patients nécessitant des soins non programmés, en amont et en aval d'une prise en charge aux urgences.

En amont des urgences, de nombreuses CPTS se sont engagées dans l'organisation et la régulation de l'accès aux soins non programmés sur leur territoire. En ce sens, les CPTS de la région Grand-Est, sous l'impulsion de l'agence régionale de santé et de l'observatoire régional des urgences, ont engagé l'identification des patients relevant potentiellement de soins non programmés de ville⁷⁸.

Elles jouent bien souvent un rôle de premier plan dans la préfiguration des services d'accès aux soins (cf. *infra*) : elles recensent les médecins volontaires pour participer au dispositif, soit pour réguler les appels, soit pour dispenser des soins, et planifient les rendez-vous. En aval des urgences, les CPTS interviennent dans la préparation des sorties d'hospitalisation, nécessaire à la fluidité des passages aux urgences.

Leur généralisation sur tout le territoire se heurte cependant à la difficulté de mobiliser des médecins. En 2022, on recensait 257 CPTS constituées et 286 en projet, loin encore des 1 000 CPTS annoncées dans la stratégie « Ma santé 2022 »⁷⁹. Au début de 2022, 20 % des généralistes libéraux déclaraient faire partie d'une CPTS, contre seulement 7 % en 2019, mais près de la moitié des généralistes libéraux indiquaient ne pas souhaiter adhérer à une CPTS.

b) La régulation par le Samu-Sas : une montée en charge à consolider

Le service d'aide médicale urgente (Samu) a pour mission « [...] d'assurer une réponse sanitaire, notamment médicale, aux situations d'urgence. »⁸⁰

Un nouveau service, dit « Service d'accès aux soins » (Sas), créé par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021, lui a été adjoint. Le Sas a pour fonction d'assurer une prise en charge commune des appels pour toute situation d'urgence, qu'elle relève de l'aide médicale urgente

⁷⁷ La majorité des CPTS ont une existence inférieure à trois ans.

⁷⁸ À partir d'une analyse des données RPU (CCMU 1 et 2) d'un territoire, les CPTS ont pu obtenir des informations précises sur la patientèle fréquentant les urgences hospitalières à défaut d'offre de soins non programmés disponible, et ainsi tenter d'y apporter des réponses locales adaptées.

⁷⁹ Atlas des CPTS – DGOS.

⁸⁰ CSP, art. R. 6311-1.

ou de la filière de ville, lorsque l'accès à un médecin traitant ou de proximité n'est pas possible en première intention.

Selon le même schéma que le Samu, le Sas mobilise des médecins, régulateurs comme dispensateurs de soins⁸¹, essentiellement libéraux. À l'issue de l'appel, le patient peut se voir proposer un éventail de solutions : une consultation chez un médecin généraliste sous 48 heures, un conseil médical, l'accès à une téléconsultation ou l'orientation vers un service d'urgence.

Après une phase pilote conduite en 2022, sa généralisation à l'ensemble du territoire national a été annoncée pour 2024. Le décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 a cependant renoncé à imposer l'utilisation de la plate-forme numérique unifiée, pourtant essentielle à la transparence des informations et à leur consolidation ; il n'unifie pas non plus le numéro d'appel à l'échelle nationale.

Parce qu'ils sont de création récente et qu'ils sont encore peu connus du grand public, l'effet de la mise en place des Sas sur la réduction des flux aux urgences est difficile à apprécier. Le bilan de la mise en œuvre des premiers Sas publié en janvier 2024⁸² est encore peu probant. Il témoigne d'une activité prépondérante d'avis médicaux simples (61 %), attestant d'un rôle d'éducation à la santé. Il souligne aussi le rôle positif des Sas dans la constitution de filières permettant l'orientation spécifique de certains patients à risque élevé⁸³, utiles pour mieux prévenir le recours inadapté aux urgences et organiser des admissions directes en hospitalisation (cf. *infra*, III A).

Au-delà des freins techniques (absence de système d'information commun) et culturels à lever (collaboration ville-hôpital et partage des données), les obstacles au déploiement des Sas demeurent nombreux et les leviers pour y répondre peu directifs.

Le Sas a en effet besoin pour fonctionner, de l'engagement de médecins de ville libéraux. Des incitations financières ont été prévues en ce sens dans le règlement arbitral du 28 avril 2023⁸⁴. Malgré l'augmentation de plus de 60 % de médecins libéraux participant au Sas de 2022 à 2023⁸⁵, les quelques 6 000 médecins volontaires en mars 2024 ne représentent encore que 11,5 % de l'effectif de médecins⁸⁶.

L'articulation des Sas avec le dispositif, encore distinct, de la permanence des soins ambulatoire constitue aussi une condition du bon fonctionnement de la régulation de l'accès à l'offre de médecine de ville. Ces deux dispositifs ont vocation à se rapprocher. Certains Sas

⁸¹ Médecins assurant des soins auprès des patients sur prescription d'un médecin régulateur.

⁸² Services d'accès aux soins (SAS) : retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés (2^e semestre 2021-1^{er} semestre 2022) - Bilan publié le 30 janvier 2024 par le ministère du travail, de la santé et des solidarités.

⁸³ Patients âgés, patients atteints de troubles psychiatriques ou encore des patients dits complexes (répondant à des prises en charge multiples à l'interface entre le sanitaire et le social).

⁸⁴ Les médecins régulateurs bénéficient d'une rémunération horaire de 100 € de l'heure et les dispensateurs de soins bénéficient, en sus, d'un forfait annuel de 1 000 € et d'une majoration de ces consultations pour soins non programmés de 15 €.

⁸⁵ En mars 2024, d'après la direction générale de l'offre de soins (DGOS), 6 000 professionnels de santé étaient inscrits en effectif sur la plateforme numérique contre 3 622 en février 2023, soit une augmentation de 65 % en un an (2 300 de plus qu'en août 2022).

⁸⁶ D'après les données de 2022 issues du système national des données en santé, les médecins généralistes libéraux, hors médecins à exercice particulier, étaient au nombre de 52 191.

peinent, en effet, à recruter des médecins volontaires alors que certaines lignes de permanence des soins ne sont elles-mêmes pas assurées en nuit profonde⁸⁷. Face à la faible disponibilité de la ressource médicale, l'identification et la priorisation des plages horaires durant lesquelles l'accès à une offre de soins de ville est la plus utile, notamment en début de soirée et jusqu'à minuit, ou le samedi matin, s'impose comme une nécessité.

En outre, l'intégration des centres de soins non programmés dans la régulation du Sas est nécessaire pour garantir le service rendu à la population et lutter contre la surconsommation médicale⁸⁸. Les patients sont, en effet, tentés de se rendre au centre de soins non programmés et de ne pas honorer le rendez-vous réservé auprès du médecin dans le cadre du Sas, ce qui peut constituer un facteur de désengagement des professionnels de ville dans l'édifice déjà fragile de la régulation.

Enfin, au regard de l'importance croissante de la régulation pour l'accès aux soins non programmés et des moyens mobilisés, tant humains que financiers⁸⁹, le suivi de l'activité des Sas, comme de celle des Samu, n'est pas à la hauteur des enjeux. La qualité très hétérogène et les lacunes des données enregistrées dans le cadre des Samu-Sas qui ne disposent pas d'un recueil aussi complet que le résumé de passage aux urgences, ne sont pas de nature à concourir pleinement à la sécurité et à la qualité des prises en charge, ni à l'évaluation convenable de l'efficacité du dispositif (cf. *infra* chapitre III).

B - Des mesures de régulation à l'entrée des urgences et de fermeture de services à sécuriser dans une approche territoriale

Autorisées à titre expérimental à l'été 2022 puis pérennisées par des décrets en décembre 2023, différentes mesures de restriction à l'entrée des urgences ont eu pour incidence d'amoinrir sérieusement le principe d'accueil inconditionnel et permanent jusqu'alors assumé par ces services (1). Mis à mal par la pénurie de ressource médicale et, plus récemment, paramédicale, de nombreux hôpitaux ont été conduits à réguler l'accès à l'entrée de leur service d'urgences. Prenant des formes disparates, les pratiques de régulation de l'accès à l'entrée des urgences, aux effets encore mal évalués, doivent être mieux encadrées et sécurisées (2).

1 - Un principe d'accueil inconditionnel et permanent sérieusement amoindri

Alors que l'accueil inconditionnel du public 24 heures sur 24 et sept jours sur sept était la règle applicable à l'ensemble des services d'urgence, principe énoncé à l'article R. 6123-18 du code de la santé publique⁹⁰, des aménagements sensibles ont y été apportés récemment. Ils

⁸⁷ C'est le cas notamment des Sas en préfiguration en Loire-Atlantique, dans l'Isère et en Haute-Loire.

⁸⁸ Préconisation n° 11 de la mission d'accompagnement de la généralisation des Sas, décembre 2023.

⁸⁹ Le coût de ce dispositif a été estimé à 150 M€ pour 1,7 à 3 millions de dossiers de régulation médicale supplémentaires (soit entre 13 à 21 % de l'activité des Samu-centre 15) par le rapport Mesnier-Carli pour un pacte de refondation des urgences. À noter que cette estimation ne prend pas en compte la réestimation de la mission d'intérêt général (MIG) Samu, ni les majorations des médecins prenant en charge les soins non programmés.

⁹⁰ CSP, art. R. 6123-18 : « tout établissement autorisé à exercer [...] une activité de soins de médecine d'urgence [...] est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le Samu. »

font suite aux difficultés rencontrées par les services d'urgences, au cours des étés de 2021 et 2022, pour recruter des médecins et, de ce fait, à l'impossibilité pour certains d'entre eux de fonctionner sans interruption. L'instruction ministérielle, dite « Braun », diffusée à l'été 2022⁹¹ présente une première entorse à ce principe.

Parmi les nombreuses mesures autorisées à titre expérimental dans cette circulaire, figurait la possibilité, sur autorisation expresse du directeur général de l'agence régionale de santé, de réguler l'accès aux urgences pour les cas ne nécessitant pas de plateau technique. Cette instruction a aussi ouvert la possibilité de fermetures ponctuelles de structures d'urgence, sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé : les patients ne sont plus reçus à certains horaires, sous réserve du maintien de la capacité d'accueil des urgences vitales et d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (Smur).

Ces mesures ont été pérennisées et intégrées au code de la santé publique par deux décrets du 29 décembre 2023⁹² portant réforme des autorisations d'activité de médecine d'urgence.

Une régulation à l'entrée des urgences est désormais possible sur autorisation du directeur général de l'agence régional de santé, à titre temporaire et lorsque les circonstances locales le justifient⁹³ (par exemple, en cas de tensions importantes sur les ressources humaines). La prise en charge d'un patient par les urgences est alors conditionnée, soit, par un appel préalable au Sas ou au Samu qui évaluera la réalité de l'urgence et désignera l'établissement vers lequel le patient se dirigera, soit, si la personne se présente directement aux urgences, par une première évaluation du cas par un auxiliaire médical, sur délégation du médecin présent dans la structure. Une combinaison de ces deux modalités est aussi possible, étant noté qu'une présence physique permanente à l'accueil demeure obligatoire.

Ces décrets ont par ailleurs créé une nouvelle catégorie de services d'urgence, les « antennes de médecine d'urgence », n'ouvrant qu'une partie de la journée (12 heures au minimum de service continu – cf. *infra*, chapitre II).

2 - Un phénomène protéiforme et difficile à quantifier

Les informations transmises à la Cour par les agences régionales de santé, s'agissant des mois de juillet et d'août 2023, montrent que le phénomène de restrictions d'accès aux urgences hospitalières touche la plupart des régions. Son ampleur et ses conséquences sont difficiles à appréhender, faute de données consolidées sur les types de restrictions mises en œuvre et sur le

⁹¹ Instruction n° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés.

⁹² Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence ; décret n°2023-1376 du 29 décembre 2023 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence.

⁹³ CSP, art. R.6123-18-2

nombre de jours concernés par ces mesures. Les premiers résultats de l'enquête « Urgences 2023 », publiés par la Drees le 10 juillet 2024, en donnent cependant un aperçu⁹⁴.

Ces restrictions d'accès aux services d'urgences ont pris des formes très variables qu'il est schématiquement possible de classer en trois catégories :

- la fermeture pure et simple du service des urgences, aucun accueil n'étant autorisé en raison d'un service non fonctionnel ; à titre d'illustration, selon l'agence régionale de santé, en Normandie, 17 établissements hospitaliers ont fermé leurs urgences sur une période d'au moins 12 heures en 2023 ;
- la régulation de l'accueil *via* le centre-15, l'accès direct au service des urgences étant fermé au public ; par exemple, en Bourgogne-Franche Comté, avec l'accord de l'ARS, le CHU de Dijon a organisé en 2023 un accès continûment régulé, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept ; en Normandie, en 2023, 10 établissements ont organisé un accès régulé à leur service d'urgences, certains d'entre eux sur l'année entière.
- le maintien de l'ouverture de service mais avec filtrage à l'accueil et organisation d'une réorientation vers la médecine de ville à l'entrée ; le CHU de Nancy s'est ainsi appuyé sur un logiciel spécifique de réorientation pour rediriger les patients se présentant aux urgences vers des professionnels de ville proposant des soins non programmés (maison médicale de garde, centre de soins non programmés et médecins généralistes).

Ces modalités de régulation ont pu se combiner⁹⁵.

Elles font parfois appel à des organisations innovantes ciblant des profils particuliers de patients (patients fréquemment vus aux urgences, patients âgés). C'est le cas de l'expérimentation nancéenne mise en place pour réorienter les patients réguliers des urgences vers des parcours de soins ambulatoires plus adaptés.

**L'expérimentation de l'ARS Grand-Est, du CHU de Nancy
et du dispositif d'appui à la coordination (Dac) de Meurthe-et-Moselle
visant des patients reçus fréquemment aux urgences**

Un travail en collaboration avec le Dac de Meurthe-et-Moselle et le CHRU de Nancy a été engagé par l'ARS Grand-Est pour les patients usagers fréquents des urgences. Cette expérimentation appelée « Dispositif d'accompagnement pour les utilisateurs multiples des urgences » (Daum) a pour objectif de mieux identifier, de comprendre et d'optimiser le parcours de santé des patients se rendant très souvent et régulièrement aux urgences.

⁹⁴ Elvire Demoly, Wilfried Bara, Diane Naouri, Bénédicte Boisguérin, Carla Bianchi (Drees), 2024, *Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ?*, Études et résultats, n° 1305, juillet 2024- Tableau complémentaire A « Fermetures et régulation des points d'accueil des urgences par région entre mi-mars et mi-juin 2023. » : entre mars et juin 2023, près de 40 % des services d'urgences de Nouvelle-Aquitaine et 56 % de ceux des Pays-de-La Loire ont recouru au moins une fois à une fermeture complète ou à une régulation de leur accessibilité.

⁹⁵ C'est le cas du CHU de Grenoble qui a mis en place un accueil régulé par le centre 15 à son service d'urgences Nord à compter de l'été 2022 entre 20 h 00 et 8 h 00 tout en maintenant un accueil par l'IOA et le médecin régulateur du Samu en cas de doute.

Le suivi des patients est réalisé par le Dac à compter du quatrième passage dans l'année glissante. Un projet personnalisé de coordination en santé est alors proposé au patient en relation avec les soignants qui le prennent en charge. Depuis novembre 2022, près de 600 patients ont ainsi été détectés et signalés au Dac, et près de 150 sont inclus dans le dispositif. Le bilan de cette expérimentation est en cours.

3 - Des mesures aux effets positifs sur l'accueil mais sans effet sur les tensions à la sortie

Les effets des différentes mesures de restriction de l'accès aux urgences sur le service lui-même n'ont pas fait l'objet d'une étude nationale. En revanche, des études régionales conduites par les observatoires régionaux des urgences ont été réalisées⁹⁶. Ces dernières, ainsi que les contrôles effectués par les chambres régionales des comptes dans des établissements de santé, donnent un aperçu des principaux effets de ces mesures.

L'effet de l'organisation de l'accès aux urgences mis en place par les établissements peut être très différent d'un territoire à l'autre en fonction du type de restrictions adopté⁹⁷, de la typologie des patients pris en charge, des alternatives existant sur le territoire⁹⁸ et du périmètre géographique ou temporel retenu.

Sous ces réserves, les études conduisent aux principaux constats suivants :

- une baisse du nombre de passages aux urgences pouvant aller de 15 % à plus de 30 % selon les organisations mises en place⁹⁹ ; dans le Lot-et-Garonne, les quatre établissements ayant instauré une régulation à l'entrée de leur service d'urgence à compter du mois de juillet 2022 ont ainsi enregistré une baisse moyenne de 15 % de passages par rapport au niveau des années 2018-2019 ; les constats sont similaires sur les établissements régulés dans la région Grand-Est ;
- une baisse de la proportion de patients se rendant aux urgences par leurs propres moyens et une augmentation corrélative des patients véhiculés par une ambulance ;
- une baisse importante de la prise en charge des patients de faible gravité cotés CCMU 1 et 2 (de 15 à 30 % selon les établissements objets des études) et une baisse encore plus importante des patients identifiés comme relevant d'une prise en charge en ville dits « PRPV »¹⁰⁰ (jusqu'à 35 % pour le CHR de Metz-Thionville sur la période régulée, de juillet à décembre 2023) ;
- des taux d'hospitalisation plus élevés et une augmentation du nombre de patients allongés sur un brancard, apprécié à partir d'un indicateur appelé « lit-brancard estimé » (LBE) attestant de la prise en charge de patients plus graves.

⁹⁶ Ces études conduites par Urg'ARA, Est Rescue et Réseau Bretagne Urgences ont été présentées lors du séminaire de la Fedoru du 28 mars 2024.

⁹⁷ Tri par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA), régulation avec porte close, prise en charge dégradée, etc.

⁹⁸ Maisons médicales de garde, centre de soins non programmé, SOS médecins, etc.

⁹⁹ Le CHR de Metz-Thionville a ainsi enregistré une baisse de 16 % de ses passages aux urgences sur la période de régulation de juillet à décembre 2023. Le CH de Troyes a, quant à lui, enregistré une baisse de près de 20 % de ces passages sur la période de régulation, de juin à décembre 2023.

¹⁰⁰ PRPV : patients relevant potentiellement de la ville.

Les mesures d'organisation de l'accès aux structures des urgences ont, au vu de ces premiers résultats, des effets positifs. En réduisant le nombre de patients qui ne relèvent pas d'un service d'urgence, elles permettent un recentrage de ces services sur leur cœur d'activité, un plus grand confort de travail pour les équipes et, donc, de meilleures conditions de prise en charge des patients. Toutefois, ces mesures ont peu d'effets sur les taux d'hospitalisation et sur les tensions de lits d'aval, les cas les plus graves n'entrant pas dans le cadre de ces régulations.

4 - Des mesures aux effets insuffisamment évalués sur les patients et sur les autres acteurs du système de soins

La mise en place de restrictions d'accès aux urgences emporte des conséquences sur les acteurs du système de soins (Samu, établissements limitrophes, médecine de ville, etc.) et sur les patients des territoires concernés.

Ces conséquences sont mal documentées. Certains travaux conduits par les observatoires régionaux des urgences (Oru) en donnent un premier aperçu qu'il convient d'appréhender avec précaution au regard des limites des échantillons étudiés.

Une étude réalisée par l'Oru Auvergne-Rhône-Alpes a porté sur les conséquences de la fermeture de deux services d'urgences¹⁰¹ sur les établissements limitrophes¹⁰². Dans le premier cas examiné, le nombre des passages¹⁰³ de patients bénéficiant d'un transport sanitaire a modérément augmenté (près de 10 %), de même que le niveau de gravité des cas accueillis et le taux d'hospitalisation dans les établissements proches (surplus de deux patients hospitalisés par jour pour l'établissement le plus touché). Cette augmentation de l'activité des établissements voisins est confirmée par les contrôles réalisées par les chambres régionales des comptes¹⁰⁴. Toutefois, le deuxième cas étudié ne conduit pas aux mêmes conclusions : aucun effet n'a été constaté dans les établissements proches, sur le nombre total des passages et sur le niveau de gravité ; en revanche, un nombre plus élevé de patients âgés de plus de 75 ans et une augmentation des temps d'accès aux urgences ont été constatés.

S'agissant des répercussions de la régulation à l'entrée des urgences sur l'activité des Samu, une étude réalisée par le groupement de coopération sanitaire RBU Bretagne¹⁰⁵ auprès de différents Samu (Côte d'Armor, Côte-d'Or, Tarn-et-Garonne) souligne une augmentation nette du nombre de dossiers de régulation médicale par le Samu (près de 40 % en période de fermeture dans le Tarn-et-Garonne, entre 5 et 11 % en Côte-d'Or), avec des écarts très importants selon les conditions de mise en œuvre des mesures de restriction d'accès (organisation et communication vers le grand public ou, au contraire, mesure subie et non anticipée du fait des difficultés de recrutement). Elle met aussi en évidence, après

¹⁰¹ 13 nuits de fermeture pour l'un et 11 nuits de fermetures pour l'autre, dont une séquence de 24 heures.

¹⁰² Établissements identifiés à partir de la part des patients relevant du bassin sanitaire de la structure de médecine d'urgence, objet de la fermeture.

¹⁰³ Représentant, dans la fourchette haute, environ cinq passages supplémentaires par jour pour un établissement traitant près de 95 passages journaliers.

¹⁰⁴ Ainsi, le centre hospitalier Alpes-Léman a constaté une augmentation de 13 à 25 % d'activité supplémentaire sur les périodes de fermeture des urgences de l'hôpital privé de Savoie.

¹⁰⁵ *Impact des accès régulés aux SAU sur l'activité des Samu*, Dr Françoise Cellier, GCS RBU Bretagne, étude présentée au séminaire 2024 de la Fédoru.

quelques mois de régulation, une diminution assez rapide du nombre de patients se présentant spontanément devant les urgences.

En revanche, les effets de ces différentes mesures sur la prise en charge des patients n'ont fait l'objet d'aucune étude, ce qui constitue un angle mort qu'il est nécessaire de combler.

5 - Sécuriser les restrictions d'accès aux urgences et renforcer la régulation territoriale

Les informations transmises par les agences régionales de santé sur les différentes mesures de restriction d'accès aux urgences mises en place par les établissements sont parcellaires et peu homogènes, attestant d'une connaissance et d'une capacité encore insuffisantes à réguler ces processus au niveau territorial.

Les mesures déployées par les agences régionales de santé pour anticiper et organiser ces restrictions d'accès sont très disparates d'un territoire à l'autre. Elles peuvent consister en un guide de bonnes pratiques et en l'exigence d'un simple message d'information à une adresse électronique, accompagné de messages d'informations des différents acteurs (établissements limitrophes, Samu, Sdis). Elles peuvent prendre la forme d'une obligation de transmission d'un protocole de fonctionnement dégradé approuvé par l'agence régionale de santé (ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur) ou d'une organisation beaucoup plus structurée, comme c'est le cas dans la région Grand-Est où l'agence régionale de santé s'appuie sur le comité technique régional des urgences pour accepter les plans de continuité d'activité des établissements.

Organisation de la restriction de l'accès aux services d'urgence L'exemple de l'ARS Grand-Est

Afin d'encadrer et de sécuriser les restrictions d'accès aux services d'urgence des établissements de son territoire, l'ARS Grand-Est a pris l'initiative, avant la création des comités consultatif d'allocation des ressources destinées aux urgences (CCAR-U), de créer un comité consultatif régional des urgences (CTRU) composé de médecins membres de la Fédération hospitalière de France (FHF), de l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) et de Samu-Urgence de France (SUdF), chargé, après examen entre pairs, d'émettre un avis sur les demandes de régulation ou de fermeture de structures des urgences adressées par les établissements de santé. Ce comité consultatif est devenu un groupe de travail consacré à l'offre de soins au sein du CCAR-U, lorsque celui-ci a été créé par les textes nationaux.

L'ARS s'est efforcée ainsi d'anticiper les intentions de filtrage ou de fermetures ponctuelles des structures des urgences et de veiller à la mise en place d'un plan de continuité d'activité (PCA), à l'instar de toutes les ARS désormais.

Deux cas de figure peuvent se présenter :

- si l'établissement a déjà reçu un accord du comité technique régional des urgences, une autorisation dérogatoire de fonctionnement régulé est accordée par le directeur général de l'ARS pour une période limitée ; à l'échéance de cette période et avant renouvellement éventuel, l'établissement est invité à présenter un bilan de la régulation, au niveau de son service d'urgence mais, aussi, des autres structures d'urgence du territoire ;

- si l'établissement fait face à un risque d'interruption soudaine de l'activité des urgences, l'ARS est informée immédiatement et aide l'établissement à définir une procédure de prise en charge des patients dans le contexte dégradé ; le CTRU (aujourd'hui, le CCAR-U) et le Samu en sont informés, ainsi que la population ; l'établissement soumet son plan de continuité d'activité au comité.

Enfin, s'agissant plus spécifiquement des mesures de régulation par le centre 15, le comité est le garant de l'homogénéisation des procédures au niveau régional. La procédure mise en place par l'établissement doit ainsi répondre à des critères sécurisant la prise en charge des patients : orientation des patients se présentant spontanément aux urgences, prise en charge de l'urgence vitale, réorientation vers d'autres structures ou services de l'hôpital, etc.

Ces mesures de restrictions d'accès nécessitent une coordination territoriale rigoureuse pour en limiter les conséquences négatives sur les autres opérateurs du système de soins et sur les patients. Pour ce faire, les agences régionales de santé doivent échanger régulièrement les informations avec les établissements et être capables de détecter et d'interpréter avec eux les discontinuités d'activité à travers l'analyse des résumés de passages aux urgences. La dotation populationnelle devrait, si nécessaire, être modulée en fonction du nombre de jours d'ouverture effective. En outre, la montée en charge des Samu-Sas constitue une condition préalable au déploiement à grande échelle des accès régulés aux structures des urgences, tout autant qu'une condition de la sécurisation de la prise en charge des patients. Elle doit s'accompagner de la mise en place d'un recueil standardisé des données d'activité médicales, à l'instar du résumé de passage aux urgences, pour suivre le parcours du patient (cf. *infra*, chapitre III).

Les établissements hospitaliers doivent, quant à eux, pouvoir concevoir, en relation avec les autres établissements hospitaliers présents sur le territoire, des organisations territoriales cohérentes pour la gestion des lits, le partage des ressources en soins (médicales et paramédicales) et pour gérer le renfort des transports sanitaires.

L'harmonisation des pratiques entre les établissements doit, enfin, passer par l'élaboration de protocoles nationaux, par exemple par les sociétés savantes, permettant de garantir l'application des bonnes pratiques. À cet égard, un protocole national de réorientation des urgences publié le 8 février 2024 par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) fournit une liste indicative des motifs de recours pouvant nécessiter une convention ville-hôpital et des critères nationaux d'exclusion de la réorientation ont été recommandés¹⁰⁶.

Le principe de la régulation des structures des urgences, d'abord adopté à la hâte face au manque de personnel de certains établissements, est désormais devenu une exception « normalisée » au principe d'accès continu aux urgences qui prévalait jusqu'en 2021. Il a d'ailleurs fait l'objet, le 2 juillet 2024, d'un arrêté précisant les modalités d'encadrement de cette pratique¹⁰⁷ et un guide sur la réorientation à l'entrée des urgences vient d'être publié par la DGOS¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Entre autres critères, le protocole identifie les problèmes de santé mentale aigus, les difficultés de compréhension du patient, un patient « usager fréquent », tout patient adressé par un médecin des urgences, une chute sans cause évidente, etc.

¹⁰⁷ Arrêté du ministre chargé de la santé, en date du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences.

¹⁰⁸ Guide élaboré de concert avec les acteurs de la médecine d'urgence, les ARS, les fédérations hospitalières et les représentants des usagers.

III - Mieux anticiper et mieux répartir l'activité non programmée

Outre une meilleure régulation à l'entrée, le bon fonctionnement des services d'urgence suppose, de la part de l'établissement de santé, de mieux prévenir et de mieux partager l'activité non programmée. Cette exigence suppose, tout d'abord, de prévenir autant que faire se peut les passages aux urgences non indispensables, objectif auquel peuvent contribuer l'ensemble des services d'hospitalisation (A). En aval des urgences, l'adaptation quantitative et qualitative de l'offre en lits, ainsi qu'une préparation plus rigoureuse des sorties des patients sont autant de facteurs qui favorisent la fluidité des parcours (B). La mise en œuvre de ces mesures repose sur une articulation étroite entre les diverses catégories d'établissements de santé et les acteurs du territoire, qu'il s'agisse de la filière des soins dispensés en ville ou de la filière sociale et médico-sociale.

A - Éviter le passage par les urgences, tout particulièrement pour la patientèle âgée

Hors soins hospitaliers programmés, de nombreux patients sont acheminés vers des services d'urgence alors que leur état commande d'emblée une hospitalisation ou une autre orientation. Dans ces situations, le passage du patient par le service d'urgence, non pertinent, est souvent nuisible à son état, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'une personne âgée (1).

Dans le sillage du Pacte de refondation des urgences annonçant l'objectif « *Zéro passage par les urgences pour les personnes âgées* » (mesure n° 5), divers dispositifs ont été élaborés par les agences régionales de santé pour inciter à mettre en place des parcours conçus pour la patientèle âgée et limiter les passages inutiles aux urgences. Le déploiement de ces mesures doit être accéléré, qu'il s'agisse de réduire le nombre d'hospitalisations évitables et de faciliter la prise en charge des patients à leur domicile, d'une part (2), ou de mettre en œuvre des filières d'admission directe en hospitalisation sans passage par les urgences, d'autre part (3).

1 - Les personnes âgées, plus vulnérables à un passage aux urgences

D'après les projections démographiques de l'Insee, en 2050, la population âgée de plus de 65 ans représentera 29 % de la population contre 21 % en 2023. En raison du faible nombre de naissances, la proportion de la population de plus de 85 ans va croître de façon continue jusqu'en 2050.

Dans une étude publiée en mars 2017, le ministère chargé de la santé (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Drees) a fait observer que « *Parmi les personnes accueillies aux urgences, les patients âgés constituent un groupe spécifique mobilisant les équipes d'urgence de façon particulière. [...] Leur prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé, une hospitalisation plus fréquente en unité d'hospitalisation de*

*courte durée (UHCD), et se caractérise par une durée de passage plus longue que celle des patients plus jeunes »*¹⁰⁹.

Selon cette même étude, réalisée à partir de données collectées en 2013 dans le cadre d'une enquête nationale sur les urgences, les patients âgés de plus de 75 ans sont plus fréquemment concernés par la réalisation d'examen médicaux que les patients âgés de plus de 15 ans. Ils étaient ainsi 74 % en juin 2013 à faire l'objet d'un examen de biologie contre 37 % pour les patients âgés de plus de 15 ans ; de la même façon, ils étaient 50 % à cumuler trois types d'examen médicaux contre 14 % pour les patients âgés de plus de 15 ans. Sans surprise, les patients âgés de plus de 85 ans accueillis en établissement de santé suscitent deux fois plus de dépenses par personne, en moyenne, que celles âgées de 60 à 74 ans¹¹⁰ et la durée des passages est plus longue. En 2013, la durée médiane de passage des patients de plus de 75 ans était de 4 heures et 30 minutes contre 2 heures et 20 minutes pour les autres patients.

Les données nationales de 2022 collectées par la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fédoru) confirment ces constats. Le niveau moyen de gravité de l'état des patients âgés de plus de 75 ans était plus élevé (4 % de CCMU 4 et 5 en 2022) que celui de l'ensemble des patients des urgences (2 %). En sortie des urgences, ces patients étaient aussi plus souvent hospitalisés (près d'un patient sur deux en 2022 soit 49 %) contre 19 % pour l'ensemble des patients des urgences. Enfin, la durée des prises en charge aux urgences a été plus longue avec seulement 32 % de passages d'une durée inférieure à quatre heures contre 61 % pour les autres patients.

Pour ces différentes raisons, une forte proportion de personnes âgées parmi les patients fréquentant un service des urgences induit une plus grande complexité des prises en charge. Éviter que ces patients passent par les urgences constitue une priorité, tout autant pour la qualité de leur prise en charge que pour la bonne régulation de l'activité des services d'urgence.

2 - Diminuer les hospitalisations en favorisant la prise en charge des patients à leur domicile

Sur 1,2 million de personnes âgées de plus de 80 ans passées dans les structures de médecine d'urgence en 2021, 44 % n'ont pas été hospitalisées et sont retournées dans leur lieu de résidence¹¹¹. Selon une étude de la Drees publiée en avril 2023¹¹², 265 000 hospitalisations pour des pathologies chroniques auraient pu être évitées en 2017. Elles concernaient majoritairement des sujets âgés¹¹³.

¹⁰⁹ *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier*, Drees, Etudes et résultats n° 1007, mars 2017 - Les données de cette étude sont issues de l'enquête nationale sur les structures des urgences de juin 2013 réalisée par la Drees.

¹¹⁰ Cnam, rapport *Charges et produits*, juillet 2023.

¹¹¹ Source : ATIH, Chiffres-clés 2021.

¹¹² Bergonzoni A, Legendre B, Richet J avec Allain S (2023, avril) *Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs*, Études et résultats n° 1262, Drees.

¹¹³ Quatre HPE sur cinq concernent des patients âgés de plus de 65 ans ; une hospitalisation potentiellement évitable sur trois concerne une personne âgée de plus de 85 ans.

Ces chiffres attestent de passages aux urgences et d'hospitalisation qui auraient pu être évités par une action préventive plus efficace, permettant notamment une prise en charge du patient à son domicile ou en établissement médico-social.

Pour prévenir les hospitalisations non indispensables de personnes âgées qui s'effectuent bien souvent *via* les urgences, l'hôpital peut instituer des collaborations, certes, avec la ville, désormais facilitées au sein des CPTS, mais, plus encore, avec les Ehpad de son territoire d'attraction. Le risque, pour une personne âgée, d'être un usager fréquent des urgences¹¹⁴ est deux fois plus élevé pour un résident d'Ehpad qu'une personne résidant à son domicile personnel. Près de 25 % des décès des résidents d'Ehpad ont lieu à l'hôpital¹¹⁵.

Les établissements de santé offrent aux Ehpad et aux professionnels de santé en ville une expertise gériatrique, souvent mobilisable par téléphone (ligne gériatrique). Ces lignes téléphoniques peuvent remplir plusieurs fonctions : délivrance d'un avis spécialisé, d'un diagnostic thérapeutique ou d'orientation, organisation de consultations spécialisées immédiates ou, encore, des admissions directes en hospitalisation (cf. *infra*). Elles sont parfois accessibles aux médecins régulateurs du Sas, généralistes et urgentistes, comme c'est le cas au CHU de Rennes.

Dans le même esprit, la constitution d'équipes mobiles de gériatrie¹¹⁶ doit être confortée. Intervenant auprès des patients âgés et installés au sein d'un établissement siège d'une unité de court séjour gériatrique, les équipes mobiles sont présentes dans 76 % des hôpitaux. Elles peuvent être mutualisées entre établissements ou avec les dispositifs d'appui à la coordination, comme c'est le cas des équipes gériatriques d'expertise à domicile qui se mettent en place dans les Hauts-de-France (cf. annexe n° 13) ou en Guadeloupe. Le plus souvent sollicitées au sein de l'hôpital par les autres services de soins, et notamment par les urgences, les équipes mobiles de gériatrie sont toutefois encore trop peu nombreuses (23 %) à intervenir directement au domicile du patient ou en Ehpad¹¹⁷. Préconisées par la rapport Mesnier-Carli (recommandation n° 14), les équipes intervenant à l'extérieur de l'hôpital réalisent, en effet, des prestations diverses à même de prévenir les passages inutiles par les urgences¹¹⁸ : appui à la gestion des situations de crise en Ehpad ou au domicile du patient, évaluation médico-psychosociale pour repérer une incapacité pouvant survenir à brève échéance, diffusion de bonnes pratiques, préparation d'une entrée en hospitalisation, notamment de jour ou en semaine, pour réaliser des examens.

En outre, les services des urgences sont souvent sollicités pour accueillir des résidents d'Ehpad la nuit et en fin de semaine. La mutualisation d'infirmiers de nuit entre plusieurs Ehpad peut contribuer à réduire les arrivées aux urgences de résidents¹¹⁹, même si l'évaluation de ce

¹¹⁴ Cnam, rapport Charges et produits 2017.

¹¹⁵ Source : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2023.

¹¹⁶ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

¹¹⁷ La DGOS a soutenu financièrement l'intervention externe des équipes mobiles gériatriques, à hauteur de 20 M€ de 2019 à 2022, pour en accélérer le déploiement. Les équipes mobiles gériatriques ont réalisé 69 002 interventions en 2022, 81 310, en 2023.

¹¹⁸ C'est le cas notamment de la plateforme gériatrique du Groupement hospitalier du Havre qui s'appuie sur une équipe mobile d'évaluation gériatrique à domicile (EMEGD).

¹¹⁹ Cf. *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad*, Cour des comptes, rapport réalisé à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

type de mutualisation reste incertaine. Selon une estimation haute réalisée par l'Anap¹²⁰, la présence de ces infirmiers pourrait éviter jusqu'à 7,7 % de nuits aux urgences pour les patients provenant des Ehpad. Le coût d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation étant évalué en moyenne à 117 € pour une personne âgée de plus de 75 ans, l'Anap estime que les passages évités¹²¹ compenseraient le coût du dispositif¹²², sans compter l'intérêt de réduire le risque de dégradation de la santé et, finalement, d'hospitalisation du sujet âgé, en cas d'attente prolongée aux urgences.

Malgré son intérêt, cette mesure est trop peu mise en œuvre. Selon l'Anap, 33 % seulement des 7 000 Ehpad sont couverts par ce dispositif. Les difficultés rencontrées pour pourvoir les postes d'infirmier diplômé par l'État et la complexité de montage d'un tel projet (mobilisation des Ehpad, accord sur les concours financiers) constituent des freins identifiés par les agences régionales de santé et par l'Anap. Plusieurs pistes pourraient être investies comme le soutien prioritaire donné aux postes de nuit, plus sollicités que les astreintes (1,5 fois plus) et plus attractifs pour les professionnels. L'appui aux postes d'infirmiers de nuit des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) constitue à cet égard une piste à explorer¹²³. Le dispositif doit aussi, à travers les cahiers des charges des agences régionales de santé, plus facilement s'adapter à la configuration et aux ressources du territoire considéré, le portage hospitalier, difficile à mettre en œuvre sans Ehpad hospitalier, étant souvent plus simple en secteur rural, à défaut d'initiative prise par un Ehpad.

Des mesures de formation peuvent être utilement mises en œuvre pour renforcer les compétences des professionnels des Ehpad ou des aides à domicile. Le protocole Assure déployé par l'ARS Hauts-de-France et par l'ARS Grand-Est entend prévenir les hospitalisations en urgence évitables par la mise à la disposition des professionnels des Ehpad de tutoriels et de fiches réflexes pour évaluer la gravité des situations ou encore prodiguer les premiers soins aux patients. Dans le même esprit, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes porte un projet de guide co-élaboré avec des praticiens hospitaliers et des professionnels d'Ehpad pour l'amélioration continue des pratiques en collaboration avec les urgences.

Enfin, l'appui de la télé-régulation pour mieux évaluer les situations d'urgence par le Samu et son usage plus important en Ehpad peuvent contribuer à réduire les transferts aux urgences. La possibilité pour un infirmier de garde en Ehpad, voire un aide-soignant, de solliciter l'avis d'un médecin du Sas ou du Samu à l'aide de matériel de consultation à distance, contribuerait aussi à limiter le transport aux urgences aux situations où il est réellement justifié.

¹²⁰ *Évaluation de la continuité infirmière de nuit en Ehpad*, Anap, étude publiée en décembre 2023.

¹²¹ D'après une modélisation de la donnée pour 1 333 Ehpad, l'Anap estime que près de 116 130 passages aux urgences de patients âgés pourraient être évités avec une généralisation du dispositif aux 7 700 Ehpad.

¹²² Coût du dispositif estimé à 12 M€ par an contre 13,45 M€ de coûts supplémentaires potentiels liés à des passages non suivis d'hospitalisation.

¹²³ Le modèle de l'HAD présente en effet plusieurs avantages : IDE aguerris à la mobilité, à l'intervention à domicile et au travail en autonomie. Ces projets peuvent aussi faciliter l'organisation d'évaluations anticipées pour l'admission en HAD notamment.

3 - Organiser des filières d'hospitalisation directe de certains patients

a) Des urgences encore trop souvent porte d'entrée obligée de l'hospitalisation non programmée

Les admissions directes en hospitalisation, sans passer par les urgences, constituent un objectif important, notamment pour réduire les hospitalisations trop longues des patients âgés et les effets indésirables associés¹²⁴. En 2022, la durée moyenne des séjours de ces patients s'élevait à 4,8 jours et pouvait aller jusqu'à 7,6 jours pour les séjours non programmés (contre, respectivement, 2,2 jours et 4 jours pour les patients de moins de 75 ans)¹²⁵.

Pourtant, les structures des urgences constituent encore trop souvent la porte d'entrée obligée ou la salle d'attente des demandes d'hospitalisation non programmée. Ce phénomène touche particulièrement certaines spécialités de médecine, comme les services de court séjour gériatrique ou les services de médecine interne ou polyvalente. Ces éléments sont corroborés par les données de 2022 issues du programme de médicalisation des systèmes d'information concernant le taux de provenance des urgences des patients hospitalisés¹²⁶.

À cet égard, le Pacte de refondation des urgences de 2019 a préconisé, dans sa mesure n° 5, l'organisation d'admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou l'Ehpad. Organisées sur demande d'un médecin de ville, d'un Ehpad ou du Samu-Sas, elles se traduisent par l'entrée du patient dans les services sous 48 heures et répondent à plusieurs objectifs : diagnostic, thérapeutique ou palliatif. Selon les données de la DGOS, les parcours d'admissions directes concernent majoritairement la gériatrie (43 %), la médecine polyvalente (24 %) et la cardiologie (12 %).

La DGOS a consacré 175 M€ sur la période 2019-2022 au développement de cette ambition. Ce soutien financier a été accompagné de la mise en place, dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), d'un indicateur rendant compte des admissions directes non programmées des patients âgés de plus de 75 ans, alimenté par les établissements bénéficiaires des financements.

En outre, le ministère chargé de la santé a développé un indicateur permettant de mieux identifier le potentiel d'hospitalisation en admission directe non programmée des patients âgés de plus de 75 ans, en fonction des activités de l'hôpital. Cet outil doit permettre d'objectiver la nécessité de structurer des filières d'admission directe et d'estimer le nombre théorique de passages aux urgences évités (cf. annexe n° 15).

b) Créer les conditions du succès des admissions directes

Le développement des admissions directes dans les services d'hospitalisation suppose de mieux organiser la réponse à la demande de soins non programmés au sein de l'établissement en n'en faisant pas l'exclusivité des services d'urgences. Sans nuire à l'activité programmée,

¹²⁴ *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, Cour des comptes, rapport public thématique, novembre 2021.

¹²⁵ *La réduction des lits à l'hôpital*, Cour des comptes, Ralfss 2024, chapitre VIII.

¹²⁶ Par exemple, dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, près de 74 % des patients hospitalisés en gériatrie dans les établissements publics provenaient des urgences ; ils étaient 72 % en Nouvelle-Aquitaine.

parfois déjà minoritaire, il s'agit d'organiser dans une approche d'ensemble les deux modes d'admission, tant au bénéfice des patients, soulagés d'un passage inutile par les urgences, qu'à celui du service des urgences, délesté d'une partie de la charge d'hospitalisation, activité qui s'effectue parfois dans des conditions dégradées sur des brancards.

En premier lieu, la réussite des parcours d'admissions directes en hospitalisation suppose, pour l'établissement, d'avoir suffisamment adapté son organisation interne.

Cela nécessite notamment de consacrer des moyens suffisants (humains, matériels, système d'information) au fonctionnement de lignes téléphoniques spécialisées.

Il ressort des contrôles d'établissements de santé conduits par les chambres régionales des comptes¹²⁷ que, faute d'une organisation interne solide, ces lignes téléphoniques sont parfois peu utilisées par les professionnels de ville ou des Ehpad car mal connues ou identifiées comme dépourvues d'efficacité. La bonne organisation de la permanence téléphonique pour accéder à un avis médical, entre les médecins des services, est essentielle. Elle doit, en outre, être suffisamment outillée pour pouvoir conforter au besoin le diagnostic d'hospitalisation et organiser rapidement l'admission. Les équipes mobiles de gériatrie intervenant à l'extérieur apparaissent à cet égard très efficaces (cf. *supra*).

Les admissions directes dans les services doivent pouvoir aussi s'appuyer sur un ordonnancement robuste des lits à l'échelle de l'établissement de santé (cf. *infra*, chapitre II) et disposer ainsi d'une vision globale des arrivées et des sorties, permettant de prioriser les entrées, notamment dans le service de court séjour gériatrique. En effet, de façon paradoxale, certains services de gériatrie peinent à accueillir des patients pour des hospitalisations directes, leurs lits étant déjà préemptés par des patients en provenance du service des urgences.

Le fonctionnement de la ligne téléphonique gériatrique du CHU de Clermont-Ferrand

La ligne téléphonique gériatrique mise en place par le CHU de Clermont-Ferrand en 2012 fonctionne tous les jours de la semaine (de 8 h 30 à 19 h 00) y compris en fin de semaine (depuis mars 2020 : de 9 h 00 à 19 h 00). Ce service téléphonique vise à éviter les passages des personnes âgées par les urgences et à programmer des entrées directes. Il propose des plages de consultations urgentes ou semi-urgentes mais, également, des entrées directes dans un service hospitalier, qui ont d'autant plus de chance de prospérer qu'il assure la gestion de l'ensemble des lits du court séjour gériatrique. Il dispose ainsi d'une vision d'ensemble sur les entrées et, partant, d'une réelle capacité de priorisation des hospitalisations.

Compte tenu de ses différentes capacités d'action, cette ligne d'assistance gériatrique, identifiée comme un outil efficace de régulation, notamment par les professionnels de ville, est très utilisée : d'après son rapport d'activité de 2022, elle a reçu 2 224 appels au cours de l'année (dont plus de 60 % en provenance d'autres hôpitaux, dont le CH de Riom) et a permis d'éviter près de 770 passages aux urgences en programmant près de 620 hospitalisations directes, et en prodiguant des avis et des consultations sur les 1 900 séjours réalisés dans l'année.

¹²⁷ Contrôle du CH de Vichy.

En miroir, la ligne d'assistance gériatrique du CH de Vichy, certes de création plus récente, reçoit moins de 100 appels par an. Si la capacité d'accueil du CH de Vichy en court séjour gériatrique (27 lits et environ 650 séjours par an d'après les données communiquées par l'établissement) est inférieure à celle du géronto-pôle du CHU de Clermont-Ferrand (75 lits et 1 900 séjours par an), les écarts de sollicitation ne devraient pas être aussi élevés : à activité comparable la ligne vichyssoise devrait recevoir 1 000 appels par an.

Il est également nécessaire de faciliter, pour les patients admis directement, l'accès aux examens d'imagerie et de biologie et, plus largement, à l'activité non programmée. L'organisation des gardes postées dans l'établissement et la continuité des soins qui en découle constituent de même un paramètre à prendre en considération pour organiser ces admissions directes, notamment en fin de semaine.

En deuxième lieu, le succès des filières d'admission directe suppose qu'elles soient aisément accessibles et suffisamment connues des professionnels des Ehpad et, plus encore, des professionnels de ville. Cette mise à disposition de l'information entre dans la vocation, notamment, des communautés professionnelles territoriale de santé.

L'accès à ces filières depuis le Sas est aussi une piste de travail à approfondir. D'après le bilan réalisé par la DGOS en 2023, 13 % seulement des parcours d'admission directe non programmée sont actuellement organisés avec les Sas mais près de 50 % ont ce projet en perspective. Le Sas peut aider à constituer des filières spécifiques pour les patients pour lesquels un passage par les urgences a le plus de risque d'être dommageable, qu'il s'agisse de patients âgés, de patients atteints de troubles psychiatriques ou de patients dits complexes. Certains Sas ont d'ores et déjà pu enrichir leur organisation d'une expertise spécialisée complémentaire, comme la filière de psychiatrie, expérimentée dans huit territoires¹²⁸. D'autres acteurs peuvent être mobilisés dans le cadre de la régulation par le Sas, comme le dispositif d'appui à la coordination pour les patients complexes relevant d'une prise en charge à l'interface du social et du sanitaire.

La mise en œuvre de ces mesures, aujourd'hui inégale selon les établissements et les territoires, doit s'accélérer, tant pour assurer une prise en charge optimale des patients au juste coût que pour réduire les tensions au sein des services d'urgence.

Plus largement, la logique des appels à projets et des incitations financières pour la mise en œuvre de parcours destinés aux patients âgés se révèle trop limitée quand il s'agit du déploiement opérationnel de ces organisations. De plus, les appels à projets laissent de côté des établissements les plus fragiles (du fait de l'importance de leur patientèle âgée ou de la précarité sociale du bassin de santé qu'ils desservent) et qui n'ont pas de ressources disponibles pour répondre à un appel à projets.

En conséquence, des démarches plus directives des agences régionales de santé pour mettre en place ces filières d'admission directe pourraient être engagées. À cet effet, et pour améliorer le pilotage de cette politique au niveau national, il conviendrait de rendre obligatoire le recueil du nombre d'admissions directes non programmées des patients de plus de 75 ans¹²⁹.

¹²⁸ Lille (SAS 59), Poitiers (SAS 86), Yvelines (SAS 78), Bordeaux (SAS 33), Nantes (SAS 44), Lyon (SAS 69), Paris-Petite couronne (SAS PPC), Toulouse (SAS 31).

¹²⁹ Selon la DGOS, seuls 100 établissements porteurs sur les 249 remplissent cet indicateur, nécessaire pour mesurer l'efficacité des organisations en place.

Des incitations financières corrélées au résultat, c'est-à-dire au nombre de passages par les urgences évités, pourraient être mises en œuvre, en complément des dispositifs de soutien financier prévus pour le seul déploiement des outils.

B - Faciliter la sortie des urgences par une meilleure coordination territoriale

La fluidité du parcours du patient en aval des urgences est conditionnée par plusieurs facteurs internes et externes à l'hôpital.

Une offre adaptée en lits d'aval, tant en capacité qu'en qualité, au sein de l'établissement mais aussi dans son bassin de santé, constitue un facteur essentiel. Elle doit s'accompagner d'une régulation territoriale forte (1). L'anticipation et la préparation de la sortie des patients jouent, de même, un rôle important pour assurer une bonne régulation des flux des patients et prévenir les ré-hospitalisations évitables. (2)

1 - Adapter l'offre en lits d'aval et la mettre à disposition grâce à une régulation territoriale forte

a) Des fermetures de lits, facteurs de tensions sur l'aval des urgences

Le nombre de lits d'aval disponibles et adaptés, à proximité de l'établissement qui a accueilli le patient dans sa structure de médecine d'urgence, à l'échelle du bassin de santé (autres lits d'hospitalisation, soins médicaux de réadaptation – SMR – unités de soins de longue durée – USLD – et Ehpad), est un paramètre important de la fluidité du parcours des patients. Lorsque cette offre est insuffisante sur un territoire, le processus de sortie des urgences peut être paralysé. La Cour a consacré un chapitre du Ralfss de 2024 au sujet de l'évolution du nombre de lits à l'hôpital¹³⁰.

Sous l'effet de l'évolution des techniques médicales et de soins et de la volonté de maîtrise des dépenses de santé, le nombre de lits hospitaliers en France a diminué de 21 % de 2000 à 2021¹³¹. Résultant de choix affirmés en faveur du virage ambulatoire, ces suppressions ont majoritairement concerné les lits de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie (- 42 000 lits) mais ont porté aussi sur des lits de soins de longue durée (- 49 000 lits) dont une partie a été transformée en places d'Ehpad.

Dans le même temps, la population s'est accrue de 2,4 % et a vieilli, avec une augmentation de près de 10 % des personnes âgées de 71 ans à 85 ans et de 24,3 % pour les plus de 85 ans. D'après une estimation de la Cour dans le champ de la médecine et de la chirurgie, fondée sur les évolutions démographiques par classe d'âge de 2013 à 2019 publiées par l'Insee, le vieillissement de la population pourrait conduire, toutes choses égales par ailleurs¹³², à un besoin d'environ 52 000 lits supplémentaires à l'horizon 2045¹³³.

¹³⁰ *La réduction des lits à l'hôpital* - Cour des comptes, Ralfss 2024, chapitre VIII.

¹³¹ D'après les données issues de la SAE.

¹³² C'est-à-dire sans tenir compte de potentiels changements dans les modalités de prises en charge.

¹³³ *La réduction des lits à l'hôpital*, Cour des comptes, Ralfss 2024, chapitre VIII.

En outre, la tension sur les lits s'est accentuée au lendemain de la crise sanitaire, les difficultés rencontrées par les hôpitaux en matière de gestion de ressources humaines (absentéisme, difficultés de recrutement) ayant entraîné des fermetures supplémentaires de lits. Corroboré par les informations recueillies lors des contrôles effectués par les chambres régionales des comptes (cf. annexe n° 17) et les études nationales ponctuelles réalisées sur ce thème¹³⁴, ce phénomène est, cependant, difficile à quantifier en l'absence de données suivies et consolidées à l'échelle nationale. Les emplois vacants ne sont, en effet, pas recensés au niveau national et les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne permettent pas de dénombrer les lits fermés par manque de personnel soignant.

La réduction de la capacité en lits a tendu les relations entre les services d'urgences et les services d'hospitalisation, facteur de dégradation des conditions de travail du personnel aux urgences trop fortement sollicité pour la recherche de lits. La fluidité du parcours du patient en aval des urgences en est altérée, avec des durées de passage dans les structures des urgences qui se prolongent et des risques accrus pour la santé des patients.

b) Des leviers divers à mobiliser

Pour répondre au besoin croissant de lits adaptés au grand âge, la création de capacités à l'échelle des bassins de santé peut être nécessaire. C'est le cas dans les Pays de la Loire, région de France hexagonale la moins bien dotée en lits pour les habitants de plus de 75 ans¹³⁵, pour laquelle l'ARS envisage, à l'horizon 2027, 54 nouvelles créations de services de soins médicaux et de réadaptation (SMR) gériatriques.

Au-delà de l'aspect quantitatif, la diversité des lits proposés et leur adaptation à la patientèle constituent un élément important de la régulation des parcours d'aval. Une offre permettant l'accueil de patients polypathologiques (service de médecine polyvalente, service de médecine interne, unité de type post-urgences¹³⁶), l'hospitalisation à domicile, les places en hôpital de jour ou de semaine¹³⁷ pour réaliser des examens en évitant les temps d'attente inutiles aux urgences, constituent autant de solutions à développer.

Les initiatives prises par l'agence régionale de santé de Normandie pour accroître le recours à l'hospitalisation à domicile, sont, à cet égard, intéressantes : possibilité de déssectorisation en cas de crise¹³⁸ ; création d'un temps d'infirmier coordonnateur pour

¹³⁴ *La réduction des lits à l'hôpital*, Cour des comptes, Ralfss 2024, chapitre VIII.

¹³⁵ *La réduction des lits à l'hôpital*, Cour des comptes, Ralfss 2024, chapitre VIII. La région Pays-de-la-Loire dispose ainsi d'un taux d'équipement de 4,8 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans contre 6,6 lits pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la mieux dotée.

¹³⁶ Ces unités de médecine polyvalente ont vocation à accueillir des patients nécessitant une hospitalisation de courte durée (entre trois et cinq jours), en attente de résultats d'examens ou d'une prise en charge par un autre service et préviennent l'encombrement de l'UHCD. Le CHRU de Nancy s'est ainsi doté d'une unité de 39 lits post-urgences polyvalents.

¹³⁷ À titre d'illustration le CH de Saint-Nazaire a ouvert, en 2019, un hôpital de semaine composé de dix lits d'hospitalisation à temps plein. Ce service accueille des patients, du dimanche matin au vendredi soir, exclusivement en provenance du service des urgences pour des séjours supérieurs à quarante-huit heures et inférieurs à quatre jours.

¹³⁸ Ces déssectorisations consistent à donner la possibilité, à titre exceptionnel, d'étendre les aires géographiques des HAD en cas de crise.

l'orientation des patients vers l'hospitalisation à domicile, et mutualisé à l'échelle des groupes hospitaliers de territoires (en amont ou en aval du séjour hospitalier) ; mise en place de guichets mutualisés dans les CHU, accessibles aux établissements disposant d'importants services d'urgences mais non dotés d'un service d'hospitalisation à domicile en propre¹³⁹.

Au-delà d'une adaptation quantitative et qualitative, l'offre de lits d'aval doit s'accompagner d'une régulation territoriale accrue pour optimiser au mieux l'usage des différentes capacités d'hospitalisation à l'échelle du bassin de santé. Inscrite dans le cadre de la mesure n° 12¹⁴⁰ du Pacte de refondation des urgences, prescrite par la DGOS à l'automne 2021¹⁴¹ puis à l'été 2023¹⁴², la régulation territoriale des lits, incluant les établissements, tant publics que privés, reste encore très inégalement mise en œuvre.

Les freins à son déploiement sont encore nombreux, au premier rang desquels figure la faiblesse des processus d'ordonnancement des lits au sein des établissements de santé (cf. chapitre II). La régulation territoriale des lits exige une organisation opérationnelle et stratégique, associant les différentes parties prenantes d'un territoire (hôpitaux publics et privés, hospitalisation à domicile, soins médicaux de réadaptation, Samu, observatoire régional des urgences, etc.) sous le pilotage attentif de l'ARS, animée régulièrement au-delà des seules périodes de tensions. Dans ce cadre, le partage des données (activité des structures des urgences, activité du Samu, lits disponibles, fermetures prévisionnelles, etc.) et leur fiabilité sont essentielles.

Plusieurs établissements contrôlés par les chambres régionales des comptes ont fait état des évolutions en cours pour la régulation territoriale des lits. L'organisation conçue par l'ARS Occitanie témoigne des conditions à réunir pour atteindre un niveau d'efficacité significatif. La collecte quotidienne de données sur la disponibilité des lits du territoire, faisant intervenir l'appui technique de l'observatoire régionale des urgences (Oru) d'Occitanie, gage de neutralité et donc de confiance entre les opérateurs, fait partie des éléments structurants de cette démarche qu'il conviendrait de généraliser. La mise à disposition des informations relatives à la disponibilité des lits, condition d'une régulation territoriale des lits efficace et obligation pour tous les établissements de santé, publics et privés, devrait désormais être vérifiée rigoureusement par les ARS.

La conception de la régulation territoriale des lits en Occitanie

Depuis 2021, l'ARS Occitanie a confié à l'observatoire régional des urgences (Oru) une mission de coordination dans chaque département. Une cellule opérationnelle réunit chaque semaine les gestionnaires de lits des établissements, sous la coordination de l'Oru et de l'ARS, et une cellule stratégique (chefs d'établissements, urgentistes, Samu, ARS, Oru) se réunit à un rythme mensuel, ou infra-mensuel en cas d'épisodes de tensions.

¹³⁹ Ces guichets ont été expérimentés avec deux CHU normands pour augmenter le recours à l'HAD en post-urgences.

¹⁴⁰ « Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées ».

¹⁴¹ Instruction n° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits.

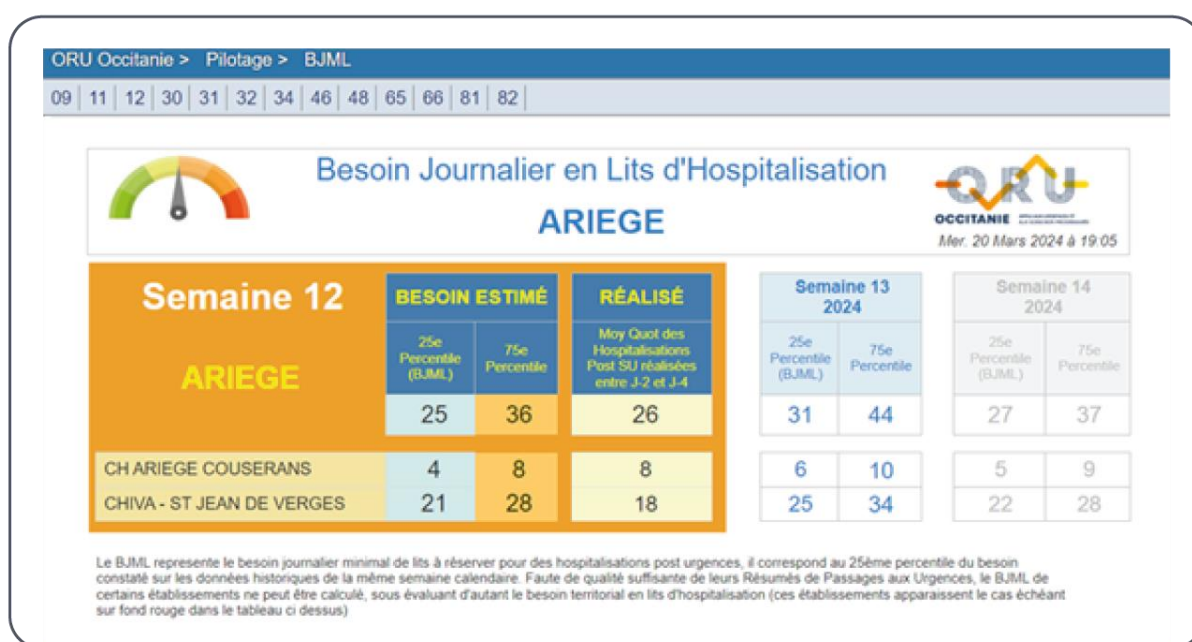
¹⁴² Instruction n° DGOS/R2/2023/103 du 26 juin 2023 relative à la mise en place de plans d'actions territoriaux pour fluidifier les parcours d'aval des urgences en prévision de l'été.

Cette régulation territoriale des lits a pour objectifs :

- un partage des informations sur un espace dématérialisé accessible aux professionnels, sur le site de l'Oru Occitanie (activités des services d'urgence, Samu, lits disponibles, fermetures prévisionnelles de lits ou de services, etc.) ;
- la régulation et la répartition de l'activité en période de tension ;
- l'analyse des refus d'admission du Samu ;
- l'organisation de l'entraide départementale (GHT, public-privé, ville-hôpital) ;
- l'organisation des parcours non programmés.

Grâce à cette organisation, l'ARS Occitanie entend assurer, avec le concours de l'Oru, un pilotage du « besoin journalier en lits d'hospitalisation » (BJML).

Schéma n° 1 : exemple de tableau de bord territorial de gestion des lits utilisé par l'ARS Occitanie



Source : Oru Occitanie

De manière encore plus ambitieuse, certaines agences régionales de santé dont celle d'Occitanie, avec l'observatoire régional des urgences, et celle de Bourgogne-Franche Comté expérimentent un projet d'ordonnancement territorial des lits d'hospitalisation. Pour l'ARS d'Occitanie, il s'agit d'organiser toutes les entrées et sorties d'hospitalisation (programmées et non programmées) d'un territoire à partir d'une cellule d'ordonnancement territorialisée. Dans ce dispositif, les services d'hospitalisation et les médecins perdent la main sur la gestion des lits de leur service. Le besoin d'hospitalisation est confié à cette cellule qui organise la réponse selon des critères préalablement établis avec l'ensemble des spécialités médicales et selon les règles d'hébergement et d'hospitalisation des établissements. Quatre établissements bénéficient d'une assistance spécifique de l'agence régionale de santé dans ce cadre. En Bourgogne-Franche Comté, ce projet d'ordonnancement territorial en cours d'application prévoit la cellule

d'ordonnement en seconde intention, lorsque l'établissement de santé n'a pas trouvé de solution en son sein pour une situation donnée.

2 - Anticiper et organiser la sortie des patients

La bonne préparation de la sortie est particulièrement nécessaire pour les patients fragiles du fait de leur grand âge, de leur isolement ou de leur précarité sociale. La durée moyenne des séjours des patients âgés de plus de 75 ans est plus de deux fois supérieure à celle des autres patients¹⁴³. L'alignement de la durée moyenne de séjours des patients de plus de 75 ans sur celle des autres patients est peu probable, dans la mesure où les personnes âgées présentent davantage de comorbidités induisant une complexité de prise en charge supérieure, mais une meilleure préparation des retours à domicile permettrait de dégager des nuitées¹⁴⁴. En ce sens, en 2023, dans le département de la Loire-Atlantique, 8 % des journées d'hospitalisation en médecine des patients de plus de 75 ans ont été dévolues à des personnes médicalement sortantes¹⁴⁵.

Pour des raisons non médicales, tenant notamment à l'isolement ou à la précarité sociale, certains patients occupent longuement des lits d'hospitalisation, facteur de tension sur le flux d'aval. Ces « bloqueurs de lits »¹⁴⁶ relèvent souvent d'une prise en charge dite complexe, à l'articulation entre le sanitaire et le social. Or, une sortie précipitée et non coordonnée, notamment avec les professionnels de ville, de ce type de patients augmente le risque de ré-hospitalisation. Plusieurs établissements ont instauré des organisations particulières pour suivre ces patients (cf. annexe n° 19).

L'hôpital doit s'engager dans une collaboration avec les différents acteurs de son territoire : dispositif d'appui à la coordination, communauté professionnelle territoriale de santé¹⁴⁷, hospitalisation à domicile, Ehpad, service de retour à domicile des patients (baptisé Prado)¹⁴⁸, services du département¹⁴⁹ et centres de ressources territoriaux¹⁵⁰. Les équipes mobiles de gériatrie, précédemment mentionnées, sont également utiles. A titre d'illustration, l'« équipe mobile de sécurisation de la sortie » du centre hospitalier de Roanne, pluridisciplinaire, intervient au domicile des patients de plus de 75 ans pour préparer leur retour

¹⁴³ 4,8 jours et jusqu'à 7,6 jours pour les séjours non programmés contre 2,2 jours et 4 jours pour les patients de moins de 75 ans.

¹⁴⁴ *La réduction des lits à l'hôpital*, Cour des comptes, Ralfss 2024, chapitre 8 (précité).

¹⁴⁵ Ce qui représente 20 022 journées ou 55 lits, soit 25 M€.

¹⁴⁶ Cf., par exemple, *L'hôpital public au défi des parcours complexes et des enjeux psychosociaux – Quelles réponses au problème des bed-blockers ? L'exemple du groupe hospitalier Nord-Essonne*, Jonathan Haas, mémoire de l'EHESP, octobre 2021.

¹⁴⁷ Il convient de citer l'action des CPTS avec le CHU de Nantes, sous l'égide de la caisse primaire d'assurance maladie, pour l'harmonisation des sorties d'hospitalisation et la transition vers la prise en charge en ville, et celle de la CPTS Riviera qui collabore avec le CHU de Nice pour l'organisation de la sortie des patients.

¹⁴⁸ Créé par l'assurance maladie en 2010, le Prado a pour objet d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et de fluidifier la coordination hôpital-ville.

¹⁴⁹ Notamment pour accélérer la mise en place de l'aide sociale ou faciliter l'accès à l'APA d'urgence, comme c'est le cas en Loire-Atlantique.

¹⁵⁰ Définis par le décret n° 2022-731 du 27 avril 2022, les centres de ressources territoriaux, portés par un Ehpad ou un service d'aide à domicile, ont pour mission de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un soutien renforcé à domicile, lorsque l'assistance classique par un service d'aide ou de soins à domicile n'est plus suffisant.

à domicile et les assister dans leurs reprise d'autonomie : courses alimentaires, achats de médicaments en pharmacie et assistance dans la posologie, mobilisation des différentes aides à domicile.

Le déploiement de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) par les hôpitaux doit être encouragé de même que le recours au service d'aide au retour à domicile mis en place par l'assurance maladie (Prado). Ce programme consacré aux patients âgés prévoit une assistance d'un mois en sortie d'hospitalisation pour les plus de 75 ans. En prenant en considération l'ensemble des programmes du Prado¹⁵¹, 57 000 personnes âgées de plus de 70 ans ont été aidées en 2022, bien loin cependant d'une population éligible estimée par l'assurance maladie à 600 000 patients, les difficultés de recrutement du secteur de l'aide à domicile freinant son développement.

Pour les patients plus fragiles, ayant besoin d'une transition plus progressive avant leur retour à domicile ou en cas d'indisponibilité de l'aidant, les hébergements temporaires en Ehpad¹⁵² peuvent être davantage mobilisés. Préalablement expérimenté dans le cadre du programme Paerpa¹⁵³ et préconisé par le Pacte de refondation des urgences (mesure n° 12), le déploiement de ce dispositif reste néanmoins modeste avec 1 284 places recensées sur le territoire au 31 décembre 2021, couvrant 289 Ehpad. Cette forme de prise en charge, plus adaptée à l'état du patient et moins coûteuse pour les finances publiques, mérite d'être amplifiée.

Enfin, la question du transport des patients en sortie des urgences constitue une difficulté, soulevée par de nombreux établissements¹⁵⁴, qui pourrait résulter d'un effet non souhaité de la réforme récente de la garde ambulancière. Elle doit pouvoir faire l'objet d'une étude plus approfondie pour que le phénomène soit quantifié et des axes de résolution imaginés.

Les incidences de la défaillance des transports sanitaires sur la sortie des urgences au CH du Puy-en-Velay

Le décret n°2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde, est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2022.

Cette réforme de la garde et des transports sanitaires urgents a renforcé la coordination du Samu, des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) et de l'association départementale des transports sanitaires urgents (ATSU), pour mieux desservir le territoire et permettre une mobilisation rapide et efficiente du personnel soignant dans le cadre de l'aide médicale urgente.

¹⁵¹ Programmes : patients âgés mais aussi prise en charge chirurgicale, souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive, d'insuffisance cardiaque ou atteint par un accident vasculaire cérébral.

¹⁵² Ce dispositif consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie, sortant d'hospitalisation ou des urgences et ne relevant plus de soins médicaux, ou en cas de carence soudaine de l'aidant, un hébergement temporaire d'une durée maximale de 30 jours.

¹⁵³ Paerpa : « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

¹⁵⁴ Difficultés observées dans différents établissements dans le cadre des contrôles chambres régionales des comptes : hôpital Lariboisière à Paris, CHU de Grenoble, CHU de Bordeaux, CH Sud-Gironde, CH de Guéret, CH du Puy-en-Velay.

Cette réforme avait pour objectif de renforcer les moyens de garde ambulancière par une garde assurée 24 heures sur 24 et d'éviter ainsi la mobilisation des moyens du Sdis, trop souvent sollicité pour pallier la carence ambulancière. En Haute-Loire, une baisse de 90 % des carences ambulancières a ainsi été constatée sur le premier trimestre de la mise en place.

Cette réforme a toutefois engendré des effets indésirables en secteur rural pour le retour à domicile des patients âgés. La fin de la tolérance consistant à mobiliser la garde ambulancière pour un retour à domicile ou en Ehpad a entraîné de nombreuses difficultés pour le service des urgences de l'hôpital Émile Roux du Puy-en-Velay. Ainsi, du 1^{er} octobre au 13 décembre 2022, 80 patients ont rencontré des difficultés de transports ; près de la moitié des patients étaient des résidents d'Ehpad. Sur ces 80 patients, 25 ont trouvé une solution de transport mais seulement cinq une solution adaptée à leur situation de santé. Les 55 autres patients sans solution ont occupé des lits d'hospitalisation ou des box de la structure des urgences de façon injustifiée, participant ainsi à la tension sur les lits d'hospitalisation de l'établissement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les structures des urgences demeurent excessivement sollicitées pour satisfaire une demande de soins qui, en majorité, n'en relève pas ou dont le caractère prévisible justifie que d'autres filières, plus adaptées aux patients et aux moyens mieux ajustés, soient organisées. L'activité croissante confirme que l'activité de médecine d'urgence demeure la solution par défaut d'une grande partie des difficultés du système de santé : faible accessibilité des soins de premier recours ou des soins psychiatriques, manque de médecins traitant pour les maladies chroniques et les personnes âgées, inadaptation des services hospitaliers à la prise en charge des soins non programmés, consumérisme médical.

Dans ce contexte, l'organisation d'une régulation territoriale de l'accès à l'offre de soins non programmés de ville et hospitalière apparaît comme une nécessité pour optimiser, sur un bassin de santé, une ressource médicale rare et prévenir l'utilisation inadaptée des services d'urgences.

Au stade préhospitalier, le suivi de l'activité des Samu-Sas, très incomplet, doit être organisé pour faciliter le pilotage immédiat et continu de la régulation, permettant d'ajuster le dispositif à l'échelle territoriale pertinente et d'identifier les effets de la régulation sur les parcours de soins des patients, aujourd'hui insuffisamment évalués.

Dépendant de la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé et des Sas, les conditions de la régulation restent fragiles, les leviers incitatifs mobilisés ne suffisant pas, aujourd'hui, à répondre à la demande de soins non programmés à même d'alléger le recours non pertinent aux urgences.

En parallèle, l'offre de soins non programmés de ville telle qu'elle se reconfigure au lendemain de la crise sanitaire, à travers le développement accéléré des centres de soins non programmés, est porteuse de risques à contenir. L'intégration de cette nouvelle offre de soins dans la régulation des Sas et de la permanence des soins ambulatoires apparaît indispensable, sous peine de fragiliser l'édifice de la régulation, déjà délicat à instituer. Elle pose, plus généralement, la question de l'obligation de participation à la permanence des soins qui repose actuellement de façon déséquilibrée sur l'hôpital public, accroissant par là son déficit d'attractivité.

En outre, et dans le contexte de vieillissement accru de la population, l'organisation de l'activité au sein de l'hôpital doit être profondément revue pour que l'activité non programmée soit mieux anticipée et admise, et qu'elle cesse de relever à titre principal des urgences. Au-delà d'une programmation indispensable des besoins en lits à l'échelle territoriale et de leur adaptation à une patientèle vieillissante, l'ensemble des leviers de prévention de passage par les urgences, notamment les admissions directes en hospitalisation, doivent pouvoir se déployer de façon systématique.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. publier annuellement un bilan global, au niveau national, des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) intervenus dans les structures des urgences, déclarés par les établissements de santé (HAS) ;*

2. *coordonner la gestion des équipes de médecins intervenant dans la permanence des soins ambulatoires avec celles mobilisables par le service d'accès aux soins, pour concentrer le service sur les périodes qui correspondent le mieux aux besoins de la population (ministre de la santé et de l'accès aux soins , Cnom) ;*
 3. *systematiser les filières d'hospitalisation directe pour éviter le passage par les urgences des personnes âgées et en contrôler l'effectivité (ministre de la santé et de l'accès aux soins) ;*
 4. *établir un régime d'autorisation spécifique pour les centres de soins non programmés, les intégrant dans le cadre de régulation de l'offre de soins, dans les services d'accès aux soins et dans la permanence des soins ambulatoires (ministre de la santé et de l'accès aux soins).*
-

Chapitre II

Des tensions internes aux structures

de médecine d'urgence à réduire

L'organisation interne des structures des urgences (ressources humaines, bâtiments, organisation du circuit patient) affecte directement la qualité et la sécurité des soins. La tension en ressources humaines médicales constitue ainsi le premier facteur des difficultés rencontrées (I). La transformation du profil des patients a nécessité un ambitieux programme de rénovation des locaux qui doit être poursuivi, en relation avec l'amélioration du parcours du patient. L'ordonnancement des lits est insuffisamment déployé malgré l'ancienneté des instructions qui l'ont promu et doit être généralisé (II).

I - L'insuffisance de ressources humaines : conséquence, autant que cause, d'une grande part des dysfonctionnements

La crise d'attractivité qui affecte les structures des urgences concerne principalement les médecins, en nombre insuffisant par rapport aux besoins exprimés par les établissements. S'agissant du personnel paramédical, les établissements sont confrontés à un taux de renouvellement trop élevé, faisant de sa fidélisation l'objectif prioritaire.

A - Des tensions généralisées sur la ressource médicale

La difficulté à mobiliser des compétences médicales au niveau souhaité par les établissements de santé, tant publics que privés, apparaît comme la première cause de discontinuité d'activité des structures des urgences (cf. *supra*).

Ce constat nécessite, dans un premier temps, d'être éclairé au regard de l'évolution de l'effectif médical présent au sein des services des urgences (1). Il doit être complété par une approche qualitative liée aux transformations des modes d'exercice des médecins urgentistes (2). Enfin, les mesures adoptées, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle locale, ouvrent des perspectives d'amélioration mais ne produisent pas d'effet suffisant pour restaurer l'attractivité mise à mal ces dernières années (3).

1 - Une augmentation concomitante de l'effectif de médecins et des postes vacants

a) Une tendance nationale à l'augmentation du nombre de médecins urgentistes mais des situations très contrastées entre les établissements

Malgré l'absence d'indicateur national reconnu dont le suivi renseignerait sur l'évolution de la situation de la ressource médicale dans les établissements, les données existantes, quoique disparates, font apparaître sur une longue période une tendance à l'augmentation du nombre de médecins exerçant au sein des structures des urgences.

Ainsi, en mobilisant les données issues de la Drees (qui comptabilise tous les médecins affectés aux structures des urgences), le nombre d'équivalents temps plein médicaux exerçant au sein des structures des urgences peut être estimé à 6 049 en 2018 et à 6 480 en 2021, ce qui correspond à une progression de 7 %¹⁵⁵.

L'augmentation est confirmée par les statistiques du Centre national de gestion qui, dans le périmètre du seul secteur public, dénombreait 4 638 praticiens hospitaliers urgentistes en 2018 et 5 332 en 2024 (augmentation de 14 %).

La situation est cependant très diverse selon les établissements. L'augmentation constatée sur le plan national ne concerne pas tous les établissements, qui présentent trois profils différents : ceux au sein desquels une augmentation de l'effectif est constatée, ceux dont l'effectif médical est stable avec, parfois, des diminutions en cours de période (situation ayant affecté la grande majorité des structures en 2020) et, enfin, ceux qui connaissent une baisse sensible de leur effectif, souvent sur la période la plus récente¹⁵⁶.

b) De nombreux postes vacants

L'évolution de l'effectif réel des établissements est hétérogène mais la vacance de postes médicaux dans les services d'urgences affecte la quasi-totalité d'entre eux, à des degrés divers. La croissance des besoins exprimés par les établissements dépasse celle de l'effectif de médecins. Les données recueillies au sein des établissements, soit directement, soit au travers des observatoires régionaux des urgences (Oru), font apparaître une tendance générale à l'existence de postes vacants, une minorité seulement des établissements affichant un effectif réel identique à l'effectif souhaité¹⁵⁷.

Une étude publiée en 2022 par les Annales françaises de médecine d'urgence fait état d'un taux de vacance de 23 %, mesuré sur un échantillon représentatif¹⁵⁸. Ce chiffre est

¹⁵⁵ Sont utilisées les bases de données administratives de la SAE en considérant la totalité des médecins affectés aux structures des urgences, tous statuts et spécialités confondus. Les données de 2022 établies par la Drees sur un périmètre différent n'ont pas pu être exploitées pour comparaison.

¹⁵⁶ Sur 18 établissements étudiés sur ce critère, neuf ont enregistré une augmentation d'effectif (par exemple GH du Havre, CHRU de Nancy), deux une stabilité (CH de Saint-Nazaire, Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine) et sept, une diminution nette (par exemple, CHU de Bordeaux, CH de Vichy, CH de Lannion).

¹⁵⁷ L'Hôpital privé d'Antony, par exemple.

¹⁵⁸ *Quels facteurs d'attractivité médicale pour les services d'urgence en France ?* Annales françaises de médecine d'urgence, volume 12, numéro 5, septembre 2022

corroboré par les données des rares agences régionales de santé¹⁵⁹ effectuant un suivi exhaustif des effectifs, qui affichent un taux de 20 %. Les statistiques du Centre national de gestion confirment cette tendance avec un taux de vacances des postes statutaires de 33,6 % en 2022 (il ne comptabilise que les postes statutairement pourvus, ce qui explique l'écart avec le recensement des vacances, tous statuts confondus), alors que ce taux était de 24 % en 2012.

c) Une évolution liée à l'augmentation des besoins en ressources médicales

La concomitance de la progression de l'effectif et de la proportion élevée de vacances de poste résulte, tout d'abord, de l'application de la modification de la maquette du temps de travail médical au sein des urgences intervenue en 2015¹⁶⁰. Ce nouveau référentiel a entraîné une augmentation mécanique du nombre de postes nécessaires au maintien du temps clinique antérieur, compte tenu de la diminution du temps de travail posté de chaque médecin auprès du patient. Certains établissements¹⁶¹ subissent des vacances de poste depuis cette période, c'est-à-dire dès avant la crise sanitaire.

La crise sanitaire a eu, par ailleurs, des conséquences sur cette évolution en majorant la demande de postes complémentaires à inclure dans les maquettes d'effectif théorique, les directions d'établissement signalant une plus forte sensibilité des équipes médicales à la charge de travail depuis cette période.

d) Une faible progression du nombre de médecins formés

L'importance du taux de vacance des postes tient aussi à l'insuffisance du nombre de médecins formés face aux besoins exprimés. Le recueil des données permettant de lever le doute sur ce plan était préconisé dans le rapport préparatoire du Pacte de refondation des urgences (recommandation n° 18) mais il n'a pas été mis en œuvre.

Le nombre de places proposées à l'internat a peu évolué de 2017 (460 places) à 2022¹⁶² (495 places). La totalité des postes proposés est pourvue et la discipline « médecine d'urgence » affiche un solde positif dans la procédure dite du « droit à remords »¹⁶³, même si la spécialité ne fait pas partie des premiers choix des candidats (elle est choisie généralement dans la dernière partie du classement).

Le nombre globalement stable de médecins formés se révèle finalement insuffisant pour compenser l'augmentation des besoins évoqués précédemment, phénomène accentué par le

¹⁵⁹ Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Occitanie.

¹⁶⁰ Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 et circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures des urgences-Samu-Smur prévoyant un décompte horaire de l'activité des médecins urgentistes dont le temps de travail hebdomadaire (dans la limite de 48 heures) est de 39 heures, maximum, en travail posté.

¹⁶¹ Par exemple, le CHU de Rouen.

¹⁶² 460 places à l'internat en 2017, 479 en 2021, 487 en 2022, 495 en 2023.

¹⁶³ Le droit à remords permet à un étudiant ayant choisi une spécialité de bifurquer vers une autre spécialité au cours de sa formation, dès lors que son rang aux épreuves classantes nationales lui aurait permis de choisir initialement cette autre spécialité.

développement du temps partiel qui nécessite de former plus de médecins pour satisfaire un besoin de temps médical équivalent.

2 - Une fragilité accrue des structures d'urgences, liée aux conditions d'exercice

a) Un exercice parcellaire et concurrentiel

La proportion de médecins à temps partiel n'est que légèrement supérieure à celle rencontrée en moyenne dans les autres disciplines (40 % en 2022 *vs* 36 %) ¹⁶⁴. Cependant, la quotité de travail par médecin peut y être davantage réduite qu'au sein d'autres spécialités. Plusieurs responsables de service décrivent des conséquences de cette évolution qui nuit à l'esprit collectif du travail et rend plus difficile l'homogénéisation des pratiques professionnelles.

Le phénomène est accentué par l'augmentation du nombre de vacations effectuées à l'extérieur de l'établissement par des médecins permanents. Le motif de ces vacations extérieures est parfois positif (mise en place d'équipes territoriales et solidarité avec des équipes en déficit), parfois moins, l'attrait de rémunérations supplémentaires versées par les établissements en difficulté (cf. *infra*) pouvant dominer, certains médecins ne satisfaisant pas, dans ce cadre, aux obligations déclaratives auprès des établissements employeurs principaux ¹⁶⁵.

Les médecins urgentistes sont aussi, depuis quelques années, tentés par un exercice présentant moins d'imprévis, de tensions, d'horaires non conventionnels par rapport à la vie sociale générale, celui que leur propose les « centres de soins non programmés » ou « centres médicaux de soins immédiats » (cf. chapitre I), sous le régime de l'exercice libéral en général mais, aussi, en exercice salarié. La plupart des responsables de services interrogés regrettent le départ de médecins urgentistes à destination de ces structures, à la création desquelles ils contribuent parfois.

Le recours aux médecins à diplôme étranger (praticien à diplôme hors Union européenne – Padhue), développé notamment au sein des plus petites structures, contribue à la fragilité des services qui les emploient, en raison du caractère précaire de leur position qui n'a été atténué que très récemment par les dispositions de la loi « Valletoux » du 23 décembre 2023 qui prolongent la durée des autorisations provisoires d'exercice de ces médecins.

b) Des conditions de travail qui se dégradent

L'étude précitée de 2022 ¹⁶⁶ confirme que la qualité de la vie au travail constitue le premier facteur d'attraction, le deuxième cité étant la facilité à trouver des lits disponibles pour accueillir les patients à l'issue de leur passage aux urgences ¹⁶⁷.

¹⁶⁴ Données SAE 2022, formulaire Q 20.

¹⁶⁵ Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 créant un statut unique de praticien hospitalier.

¹⁶⁶ *Quels facteurs d'attractivité médicale pour les services d'urgence en France ?* Annales françaises de médecine d'urgence, étude précitée.

¹⁶⁷ La présidente de la SFMU a indiqué, par exemple, qu'elle consacrait les deux tiers de son temps de travail de médecin urgentiste à la recherche de lits d'aval.

Le taux de postes vacants des structures d'urgence est inversement proportionnel au nombre de passages aux urgences qu'elles prennent en charge, les structures les plus importantes se révélant plus attractives. Il est aussi inversement proportionnel au taux d'hospitalisation, les structures accueillant davantage de patients de faible gravité, ne donnant pas lieu à hospitalisation, ayant moins de difficulté à recruter. Ce taux est aussi corrélé au respect du temps de travail hebdomadaire.

Les tensions liées à l'insuffisance de l'effectif réel sont donc, à la fois, une conséquence de difficultés objectives (la saturation de l'aval de la structure des urgences, l'impossibilité de pourvoir tous les postes souhaités) et une cause de l'accroissement de ces mêmes difficultés, notamment par l'augmentation des contraintes pesant sur les cycles de travail.

Aussi, de nombreux établissements ont-ils enregistré une augmentation significative de temps de travail additionnel¹⁶⁸ réalisé par les médecins urgentistes, avec des conséquences sur la durée effective de travail de chaque médecin tout autant que sur le sentiment d'une rémunération jugée insuffisante face à ce surcroît de travail, compte tenu des modalités de son indemnisation.

Les maquettes théoriques prévoyant l'effectif la nuit et en fin de semaine, parfois proche de l'effectif de jour (avec, en tous les cas, un écart bien plus faible que celui enregistré dans les autres spécialités), font de la médecine d'urgence la spécialité dont les sujétions liées à la permanence des soins comptent parmi les plus contraignantes.

3 - Des réponses multiformes qui ne produisent pas encore les effets attendus

a) Des évolutions de rémunération d'inégale portée

Les praticiens des structures des urgences ont bénéficié des dispositifs déployés dans le cadre du Ségur de la santé qui ont amélioré les grilles indiciaires des praticiens hospitaliers. Selon les représentants des médecins urgentistes, ces mesures, bienvenues, ne sont pas suffisantes pour restaurer une attractivité différentielle au regard d'autres disciplines moins touchées par de fortes sujétions. De ce point de vue, la majoration exceptionnelle du temps de travail additionnel et la majoration, récemment pérennisée, des indemnités de garde¹⁶⁹ prévue dans le prolongement des mesures adoptées à l'été 2022¹⁷⁰ ont davantage répondu aux aspirations des médecins urgentistes. Leurs effets devront être appréciés sur la durée.

La masse salariale du personnel médical des urgences dans les établissements inclus dans l'enquête a, quant à elle, augmenté sensiblement au cours de la période sous revue, y compris dans les structures des urgences dont l'effectif réel a diminué.

Par exemple, au CHU de Nancy, la masse salariale des médecins affectés aux urgences est passée de 11,5 M€ en 2018 à 15,4 M€ en 2022 (augmentation de 33 %) pour un

¹⁶⁸ La Cour a mis en évidence le doublement des rémunérations versées par les hôpitaux au titre du TTA, de 2017 à 2022 (toutes disciplines confondus), dans son rapport sur l'intérim médical.

¹⁶⁹ Arrêté du 23 décembre 2023 modifiant le montant des indemnités des gardes du personnel médical (avec, par exemple, l'indemnité de sujétion, pour le temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaires, d'un montant de 250 € à 422,03 € pour une nuit, un dimanche ou un jour férié).

¹⁷⁰ Instruction n° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la « mission flash » pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

accroissement de 10 % du nombre de médecins. Au CHU de Bordeaux, la masse salariale des médecins affectés au sein des urgences adultes est passée de 5,2 M€ en 2018 à 6 M€ en 2022 (augmentation de 15 %) alors que le nombre de médecins a diminué de 10 %.

Certains représentants des urgentistes ou d'établissements soulignent, par ailleurs, le risque paradoxal d'une baisse d'activité à mesure que les rémunérations augmentent, par arbitrage individuel de médecins jugeant finalement suffisante une rémunération pour une activité à temps partiel. À revenu égal, le temps médical diminue. Ce phénomène a été observé au sein de quelques établissements¹⁷¹.

Le recours accru aux médecins contractuels ou intérimaires et ses dérivés en termes de coût ont été constatés durant la période sous revue dans de très nombreux établissements¹⁷². Le taux de recours aux médecins remplaçants, quelle que soit leur position juridique, a été et demeure très variable d'un établissement à l'autre ainsi que les formes prises par ce recours (agences d'intérim ou contrats de gré à gré)¹⁷³.

Les inégalités de rémunération constatées entre médecins intérimaires ou remplaçants et médecins titulaires demeurent, sur ce plan, une préoccupation des médecins urgentistes titulaires ou employés selon les conditions réglementaires. Plusieurs rapports parlementaires ayant dénoncé ces écarts (rapport Véran en 2013, rapport Millon en 2021), la loi du 26 janvier 2016 a introduit le principe d'un encadrement des tarifs de l'intérim médical, mesure complétée par la loi du 26 avril 2021 (dite loi « Rist ») dont l'application a été différée.¹⁷⁴ Le Pacte pour la refondation des urgences a, à son tour, insisté sur la nécessité de cette régulation (mesure n° 9).

Ces dispositions ont été réellement appliquées à partir d'avril 2023, selon le recensement effectué par la direction générale des finances publiques qui a fait apparaître un taux de conformité relativement élevé sur les contrats de gré à gré et sur les factures d'agence d'intérim contrôlés.

Une diminution possible du nombre de praticiens affectés au sein des structures des urgences, consécutive à l'application de la loi Rist, apparaît plus difficilement évaluable, faute de suivi mensuel consolidé de l'effectif au niveau national¹⁷⁵. Des bilans ont toutefois été établis par les agences régionales de santé dans les mois qui ont suivi l'application de la loi. Une tendance à l'augmentation du nombre de fermetures partielles de service a été constatée, dans une ampleur limitée selon les agences régionales de santé, ne permettant pas de conclure à des effets de fuite majeurs. Une enquête en ligne réalisée par Samu-Urgences de France indique un

¹⁷¹ CHU de Bordeaux, par exemple.

¹⁷² *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées*, Cour des comptes, Ralfss 2024.

¹⁷³ Selon une enquête conduite en 2023 par le Syndicat national des praticiens hospitaliers, anesthésistes-réanimateurs (SNPHARE) et les associations représentant les médecins urgentistes, 15 % des médecins intérimaires répondant à cette enquête (au nombre de 800) ont été recrutés exclusivement par des agences d'intérim, 43 % travaillant exclusivement en contrat de gré à gré.

¹⁷⁴ Instruction interministérielle n° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2023/33 du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé. La rémunération des médecins intérimaires est désormais limitée à 1 410,69 € brut pour 24 heures.

¹⁷⁵ Sur les établissements du périmètre de l'enquête, seuls trois établissements affichent des effets négatifs avec diminution de temps médical disponible.

effet plus élevé à l'été 2023, 57 % des services sondés signalant la fermeture d'au moins une permanence médicale.¹⁷⁶

Il est cependant difficile d'isoler cette cause dans une tendance de moyen terme à l'augmentation du nombre de fermetures consécutives au manque de ressource médicale. Les acteurs locaux se sont adaptés aux nouvelles conditions réglementaires¹⁷⁷ en recourant, beaucoup plus qu'avant, aux « contrats de type 2 »¹⁷⁸ permettant, sous conditions, de dépasser le plafond réglementaire de rémunération servie aux médecins. Il en résulte un écart significatif de rémunération entre les médecins contractuels et les médecins titulaires, mal ressenti par ces derniers.¹⁷⁹

Les conditions du recours aux contrats de type 2 doivent donc être restreintes. La DGOS a annoncé la publication prochaine d'un décret en ce sens.

b) La réponse favorable à la demande d'exercice alterné

De nombreux médecins urgentistes soulignent la nécessité d'un exercice alterné (au sein d'établissements à profils différents, en pratique libérale ou bien en changement disciplinaire en cours de parcours) au regard de la pénibilité ressentie dans les structures les plus sollicitées.

Certains établissements encouragent institutionnellement cette pratique alternée en concluant des accords facilitant l'exercice partagé de praticiens contractuels avec d'autres établissements dont les structures des urgences sont réputées moins difficiles, ou de praticiens titulaires dans le cadre de conventions de coopération prévues par la réglementation¹⁸⁰. Cet exercice est, de même, encouragé au sein des établissements : l'alternance entre des fonctions de médecin régulateur, de médecin de Smur et de travail posté aux urgences tend à se généraliser, ainsi que la possibilité pour les urgentistes d'investir une partie de leur temps dans d'autres missions.

En sens inverse, les dispositions du décret du 29 décembre 2023 rendant possible l'affectation d'un médecin sans qualification spécifique en urgence médicale (diplôme d'enseignement spécialisé – DES – ou capacité d'aide médicale urgente – CAMU – devenue capacité de médecine d'urgence – CMU), avec l'accord du responsable de la structure des urgences, sont considérées positivement par les représentants des médecins urgentistes, pour permettre un renforcement des équipes médicales.

¹⁷⁶ Enquête réalisée entre le 1^{er} juillet et le 31 août 2023. Les répondants couvrent 57 % des services d'urgences, 54 % des Smur et 92 % des Samu.

¹⁷⁷ *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées*, Cour des comptes, Ralfss 2024.

¹⁷⁸ Décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels modifiant les articles R. 5152- 334 et suivants du code de la santé publique.

¹⁷⁹ Le rapport du nombre de contrats conclus sur le nombre de praticiens hospitaliers s'établit à une moyenne nationale de 8 %, avec une très forte dispersion entre la Corse (97 %) et la région Auvergne-Rhône-Alpes (3 %). Parmi les régions métropolitaines, la Bourgogne-Franche Comté (31 %), la Nouvelle-Aquitaine (16 %), la Normandie (14 %) et l'Occitanie (13 %) se situent au-dessus de la moyenne nationale.

¹⁸⁰ CSP, art. 6152-4.

Enfin, le décret du 31 octobre 2023 sur les conditions d'obtention d'un deuxième diplôme d'études spécialisées pour un médecin devrait ouvrir des passerelles entre disciplines susceptibles de favoriser un exercice alterné au cours d'un parcours professionnel.

c) La promotion de l'exercice mutualisé à l'échelle territoriale

L'objectif de constitution d'équipes de territoire de médecins urgentistes, évoqué en 2015 par le rapport sur la territorialisation des activités d'urgences¹⁸¹, figure à nouveau dans le Pacte de refondation des urgences (mesure n° 9). Cet exercice mutualisé a pu prendre des formes différentes telles que le « pôle inter-établissements »¹⁸² ou l'« équipe commune sous chefferie de service partagée »¹⁸³.

Le CHU de Poitiers, notamment, déploie une équipe mutualisée d'urgentistes qui dessert quatre de ses sites hospitaliers : les structures des urgences de Poitiers, Châtelleraut et Montmorillon et le centre de soins non programmés de Loudun.

La prime de solidarité territoriale, destinée à encourager cette solidarité inter-établissements¹⁸⁴, est largement utilisée. La loi « Rist » a assoupli ses conditions d'application. Désormais, le directeur général de l'agence régionale de santé peut majorer le montant de la prime de solidarité de 30 % (majoration plafonnée à 20 % initialement) et peut autoriser l'octroi de cette prime à un praticien partageant son activité entre plusieurs sites d'un même établissement.

Une enquête réalisée par la DGOS à l'été 2023 fait état d'une utilisation modulée de ce dispositif avec des situations contrastées entre régions (majoration de 30 % généralisé en Corse, aucune majoration en Ile-de-France), une majorité de régions appliquant un taux compris entre 20 % et 30 %. Selon certaines agences régionales de santé, l'utilisation de ce dispositif a permis de limiter les fermetures de services par une incitation à la solidarité.

Cependant, certains effets négatifs d'utilisation de la prime de solidarité territoriale ont été mis en évidence par la Cour dans son rapport sur l'intérim médical à l'hôpital, notamment l'attrait plus fort vers l'exercice réalisé à l'extérieur de l'établissement, compte tenu d'une moindre rémunération du temps additionnel réalisé au sein de l'établissement employeur principal.

La mutualisation de la ressource médicale par la constitution d'équipes territoriales de médecine d'urgence constitue le moyen le plus adapté pour atténuer les effets de bord de ces dispositifs. La gestion territoriale facilite l'affectation rationnelle de l'effectif médical en fonction des objectifs de maillage du territoire ; les dispositifs indemnitaires devraient encourager ce déploiement, ainsi que la Cour l'a recommandé dans son rapport précité sur l'intérim médical. Le nombre d'équipes territoriales constituées se révèle aujourd'hui décevant.

¹⁸¹ *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Dr Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Nord-Pas de Calais, juillet 2015.

¹⁸² CHU de Toulouse, hôpital d'Auch ; l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur prévoit la constitution de deux fédérations médicales interhospitalières intégrant des structures des urgences (FMIH).

¹⁸³ Centres hospitaliers de Montauban et de Moissac.

¹⁸⁴ Décret n° 2021-1655 du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale.

d) À l'échelle des établissements, le développement de plans d'attractivité

La tension sur les ressources humaines médicales a conduit certains établissements à déployer des plans d'attractivité, aux formats différents mais avec quelques caractéristiques communes.

Ces plans sont centrés sur l'amélioration des conditions de travail des médecins urgentistes et reprennent les différentes composantes évoquées précédemment ainsi que la nécessité de mieux maîtriser, tant l'amont des urgences (en privilégiant les adressages directs) que leur aval (par les procédures d'ordonnancement des lits).

Ils portent surtout sur les composantes directement liées à l'amélioration des conditions d'exercice des médecins : l'allègement des tâches du médecin grâce à la contribution de personnel paramédical (délégation de tâches confiées aux infirmiers de pratique avancée - IPA) ou administratif (relations avec les cellules d'ordonnancement), la diversification des conditions d'exercice et l'allègement des contraintes de sujétion (travail de nuit et de week-end).

Une planification équilibrée des horaires de travail repose essentiellement sur la capacité à mobiliser des compétences médicales au niveau souhaité et à enclencher ainsi un cycle positif d'attractivité face aux paramètres peu maîtrisables que sont le niveau d'activité ou les caractéristiques sociales et territoriales plus ou moins favorables du territoire desservi.

S'ils ne répondent pas à toutes les difficultés, ces plans présentent suffisamment d'avantages pour être encouragés, dès lors qu'ils reposent sur des améliorations d'organisation et de service rendu et non sur des avantages financiers créant une concurrence entre les établissements au détriment des fonds publics.

e) Une fonction d'encadrement médical à développer

L'importance de la fonction d'encadrement a été soulignée dans le rapport préparatoire du Pacte de refondation des urgences (recommandations n° 22 et n° 23).

Les situations rencontrées au sein des établissements confirment le potentiel de progrès à réaliser dans le domaine du management médical dans les structures des urgences. Les situations les plus difficiles sont souvent associées à une carence managériale ou à la contestation du management médical.

À l'opposé, la présence continue d'un référent médical reconnu sécurise le fonctionnement des structures et en améliore l'organisation. La capacité de concertation, la transparence des décisions et une attention scrupuleuse à l'équilibre des sujétions entre les praticiens apparaît première dans les exemples positifs rencontrés¹⁸⁵.

Des efforts sensibles en termes de qualité d'organisation interne des établissements de santé sont souvent réalisables et toujours porteurs de résultats positifs par eux-mêmes, participant fortement à l'attractivité des services. Il importe donc que les établissements se dotent d'un management médical clairement constitué, c'est-à-dire identifient la fonction, la confient officiellement à un médecin chef de service de manière stable et accordent à celui-ci les délégations de gestion correspondantes.

¹⁸⁵ Société d'exercice libéral (SEL) des médecins urgentistes à l'Hôpital privé d'Antony.

B - Un personnel paramédical à fidéliser

1 - Un effectif en augmentation

À l'image de l'évolution de l'effectif médical, l'effectif de personnel non médical affecté aux structures des urgences a progressé de 13 % de 2018 à 2022¹⁸⁶.

Cette progression est plus marquée pour les aides-soignantes (14 %) et les brancardiers (17 %) que pour les infirmiers (10 %), sans pour autant que soit modifiée profondément la répartition entre métiers, les infirmiers représentant toujours plus de la moitié de l'effectif. Ces évolutions quantitatives sont cependant très contrastées entre les établissements : parfois très marquées à la hausse en relation avec l'évolution de l'activité¹⁸⁷, beaucoup plus rarement à la baisse.

La densité de personnel paramédical au sein des structures des urgences ne fait pas l'objet de normes impératives mais de référentiels élaborés par les sociétés savantes¹⁸⁸. Le rapprochement entre le nombre de passages et l'effectif paramédical des établissements contrôlés dans le cadre de la présente enquête dessine cependant une corrélation entre ces deux variables (cf. annexe n° 20). Les écarts, parfois sensibles, par rapport à la valeur moyenne peuvent s'expliquer par la nature différente de l'activité traitée, plus complexe par exemple au sein des CHU concentrant les filières de recours spécialisé.

La question de l'attractivité se pose pour le personnel non médical en des termes différents de ceux observés pour le personnel médical. Dans la majorité des établissements public inclus dans le périmètre de l'enquête, les postes proposés sont assez rapidement pourvus. Les directeurs de soins, notamment des établissements abritant un institut de formation en soins infirmiers, font état d'une plus forte attractivité des structures des urgences auprès des jeunes professionnels en sortie de formation, qui les identifient comme un lieu d'exercice formateur, bien davantage que les services de gériatrie ou de médecine polyvalente qui affichent des taux de vacances élevés.

Des exceptions à cette faculté de pourvoir les postes proposés sont cependant à noter. Les établissements privés font état de difficultés parfois importantes liées au niveau de rémunération moins élevé dans le secteur privé¹⁸⁹. La Fédération de l'hospitalisation privée estime ce différentiel à 30 % en défaveur du secteur privé pour le personnel infirmier, si l'on tient compte, notamment, de la non transposition de la revalorisation des indemnités de sujétion appliquée au secteur public¹⁹⁰. Tous secteurs confondus, la région Île-de-France est confrontée à un déficit d'attractivité par rapport aux autres régions, déficit qui n'est pas propre aux structures des urgences mais qui les affecte aussi.

¹⁸⁶ Données de la statistique d'activité des établissements (SAE).

¹⁸⁷ C'est le cas à la Polyclinique Bordeaux-Rive Droite qui a vu son effectif doubler entre 2018 et 2023.

¹⁸⁸ *Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures des urgences – Référentiel*, Samu-Urgences de France, novembre 2011.

¹⁸⁹ L'Hôpital privé d'Antony affiche un déficit de 25 % de personnel permanent sur ses postes non médicaux aux urgences et recourt massivement à l'intérim.

¹⁹⁰ La FHP a subordonné l'application d'un nouvel accord salarial incluant l'augmentation des sujétions de nuit à la perception d'une enveloppe supplémentaire de 80 M€ sollicitée auprès du ministère de la santé ; le sujet a été tout récemment pris en considération dans les discussions entre le gouvernement et les représentants de l'hospitalisation privée à but lucratif.

Enfin, durant les périodes de congés, notamment estivales, de nombreux établissements doivent recourir à l'intérim pour compléter leur tableau de service.

2 - Un taux de renouvellement élevé

S'agissant du personnel paramédical, la principale préoccupation des responsables des structures des urgences porte sur l'augmentation du taux de rotation des équipes paramédicales, constatée sur la très grande majorité des établissements du périmètre de l'enquête. S'il est moins difficile d'y pourvoir les postes que dans d'autres secteurs, il est en revanche souvent difficile d'y fidéliser le personnel recruté.

L'aspiration des jeunes professionnels à un exercice contractuel au détriment de l'engagement statutaire au sein des établissements publics conduit à un renouvellement régulier des équipes et à une nécessité de formation en continu des nouveaux arrivants.

Le ressenti en matière de conditions de travail, souvent proche de celui des médecins, apparaît cependant comme le facteur le plus déterminant pour expliquer les difficultés de fidélisation. Parmi les éléments recueillis auprès des équipes durant l'enquête, l'intensification du travail lié à la modification du profil des patients, les phases de saturation du service liées à l'aval sont parmi les facteurs les plus cités, associés à une exposition accrue aux actes de violence. L'organisation des calendriers, avec une continuité de présence requise par l'activité continue, entraînent aussi des sujétions supplémentaires par rapport aux autres services hospitaliers.

Plusieurs services examinés affichent ainsi une évolution de l'absentéisme supérieure à la tendance nationale, notamment depuis la crise sanitaire¹⁹¹.

3 - Des évolutions salariales significatives

La réponse salariale apportée par les pouvoirs publics à la crise d'attractivité des établissements hospitaliers a particulièrement concerné le personnel des urgences.

Après l'attribution d'une prime de risque de 100 € en 2019¹⁹², l'évolution de la masse salariale des établissements publics de santé et des établissements de santé privés à but non lucratif a été marquée par l'application des mesures issues du Ségur de la santé, le personnel des urgences émergeant à l'ensemble des mesures prévues (complément de traitement indiciaire, revalorisation des grilles salariales, passage en catégorie B des aides-soignants).

En outre, la récente majoration des indemnités de sujétion pour le travail de nuit et de fin de semaine¹⁹³ va particulièrement bénéficier au personnel des structures des urgences, compte tenu des cycles de travail de ces services.

¹⁹¹ Selon une enquête de la FHF réalisée en 2022, l'absentéisme global est passé de 9 % à 10 % de 2019 à 2020 pour se stabiliser ensuite.

¹⁹² Décret n° 2019-680 du 28 juin 2019.

¹⁹³ Décret n° 2023-1238 du 22 décembre 2023 relatif à l'indemnisation du travail de nuit dans la fonction publique hospitalière ; arrêté du 22 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 16 novembre 2024 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés.

Aucun bilan national consolidé de ces mesures à l'échelle du personnel des urgences n'a été établi mais, au travers des situations particulières examinées par l'enquête, l'évolution de 2018 à 2022 de la masse salariale du personnel des structures des urgences des établissements de santé publics et privés à but non lucratif peut être estimée à 20 %, à effectif constant¹⁹⁴.

L'efficacité de ces mesures salariales devra être appréciée à l'aune de l'évolution du taux de rotation des équipes dans les années futures et de la baisse du nombre de mouvements sociaux qui ont concerné de nombreuses structures durant la période sous revue.

4 - Des compétences spécifiques insuffisamment déployées et valorisées

La contribution du personnel non médical aux compétences élargies apparaît, de manière consensuelle, indispensable à l'amélioration du fonctionnement des structures des urgences et des conditions de travail des médecins urgentistes. Aucune donnée nationale sur le recours aux infirmiers de pratique avancée (IPA) au sein des établissements de santé n'est cependant disponible aujourd'hui.

La Cour a déjà regretté les nombreux freins retardant le développement du recours aux infirmiers de pratique avancée (IPA)¹⁹⁵. Parmi les établissements inclus dans l'enquête, le recours aux IPA est très limité. Un seul établissement a déployé des IPA au sein de sa structure des urgences¹⁹⁶ ; un autre soutient un projet de formation et trois autres l'envisagent. Compte tenu de l'élargissement récent des actes techniques susceptibles d'être réalisés par les IPA dans le cadre du parcours au sein des urgences¹⁹⁷, les établissements ont intérêt à déployer cette ressource, en dépit des freins évoqués dans un récent rapport.

La mise en œuvre effective des protocoles de coopération permettant aux infirmiers d'orientation et d'accueil de prescrire des examens complémentaires¹⁹⁸ apparaît également limitée.

Enfin, de nombreux responsables médicaux de service regrettent l'insuffisante valorisation salariale des fonctions de cadre paramédical œuvrant au sein des structures des urgences et pouvant contribuer sensiblement à la qualité managériale d'un service, facteur important d'attractivité (cf. *supra*). Le sujet concerne l'ensemble de la fonction d'encadrement au sein des établissements de santé mais il prend une acuité toute particulière pour les structures d'urgences. En effet, la fonction d'encadrement y est indispensable pour assurer la continuité de fonctionnement de structures particulièrement exposées aux enjeux d'organisation complexes.

¹⁹⁴ Au CHU de Bordeaux, la direction des ressources humaines estime l'augmentation de la masse salariale de cette catégorie de personnel à un taux compris entre 17 % et 23 %, à effectif constant.

¹⁹⁵ *Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever*, Cour des comptes, « audit flash », juillet 2023.

¹⁹⁶ Le CHU de Nancy.

¹⁹⁷ Arrêté du 11 mars 2022.

¹⁹⁸ Arrêté du 29 novembre 2019.

II - L'organisation des structures des urgences : un fort potentiel d'amélioration à exploiter

L'organisation des structures des urgences constitue un élément important à considérer dans l'appréciation de leur capacité à faire face aux afflux d'usagers qui deviennent, pour une partie d'entre eux, des patients.

Cette organisation fait l'objet de nombreuses préconisations de la part de la Haute Autorité de santé, de l'Agence nationale pour l'amélioration de la performance sanitaire et médico-sociale et des sociétés savantes. La transformation du profil des patients a entraîné une obsolescence accélérée des locaux conduisant à une ambitieuse politique de rénovation qui doit être poursuivie (A). L'organisation du parcours du patient est essentielle pour réduire les situations de saturation liées aux difficultés à trouver des lits d'aval en sortie des urgences. Les pratiques d'ordonnancement des lits sont en effet insuffisamment déployées alors qu'elles devraient être généralisées (B). Enfin, une attention particulière doit être portée à la sécurité du personnel, de plus en plus exposé aux comportements agressifs et aux incivilités (C).

A - Une rénovation des bâtiments largement amorcée

Aucune synthèse nationale n'estime de manière globale le degré de vétusté ou d'inadéquation des bâtiments abritant les structures des urgences ; de même, les opérations de rénovation ou de construction les ayant affectés et les financements qui leur ont été consacrés ne sont pas recensés de manière exhaustive. La Cour a donc collationné elle-même les données recueillies auprès des agences régionales de santé et de la conférence des directeurs généraux de CHU (1).

Par la description de l'existant et des objectifs d'amélioration visés, ces projets permettent d'identifier les inadéquations actuelles (2), d'évaluer les écarts avec les référentiels de bonne pratique (3) et de mettre en évidence l'amélioration attendue de chacun de ces projets. (4)

Au regard des ambitions affichées, ces efforts d'adaptation sont parfois limités pour des raisons de coût et de financement. Cette contrainte est accrue aujourd'hui par l'augmentation sensible des coûts de construction et par la dégradation de la situation financière des établissements de santé. Ils sont pourtant nécessaires à l'adaptation des structures des urgences à la prise en charge des flux croissants de patients, de manière conforme aux bonnes pratiques. (5)

1 - Un effort soutenu déjà engagé pour adapter les locaux à l'évolution de l'activité

L'enquête réalisée auprès des agences régionales de santé a mis en évidence un effort important d'adaptation des locaux : 156 opérations ont été recensées sur la période 2017-2023, concernant 40 % des hôpitaux, en moyenne, sur les huit régions au sein desquelles cet indicateur été recueilli (de 22 % en Centre-Val de Loire à près de 50 % en Nouvelle-Aquitaine, ou en région Hauts-de-France).

Le montant total des investissements est difficile à évaluer en raison de l'incorporation des opérations de rénovation ou de construction des urgences au sein d'opérations de

construction affectant souvent l'ensemble d'un établissement. Seuls 50 projets spécifiques « urgences » ont pu être isolés, pour un montant évalué à 300 M€.

Ces projets ont été soutenus financièrement par les agences régionales de santé, soit par la mobilisation du Fonds d'intervention régional, soit au titre du « Ségur investissement », dans des proportions pouvant dépasser la moitié du montant total de l'opération (de 36 % du coût, en région Bretagne, jusqu'à 60 %, en région Hauts-de-France).

2 - De nombreux locaux inadaptés à l'évolution du profil des patients

La taille insuffisante des locaux par rapport aux niveaux d'activité qui ont sensiblement augmenté jusqu'en 2019, est à l'origine de nombreux projets réalisés ou à venir. Des opérations d'extension ou de rénovation entreprises au début des années 2000 se sont révélées rapidement dépassées par l'augmentation du nombre de passages, alors même que le degré de vétusté des bâtiments n'appelait pas de rénovation majeure (cf. annexe n° 21).

Pour faire face à l'augmentation d'activité, certains établissements ont été contraints de déployer les locaux modulaires (de type préfabriqués) accolés à leur structure des urgences.¹⁹⁹ Par ailleurs, des services relativement récents mais conçus encore comme des « *trauma center* » pour la prise en charge de patients polytraumatisés (dans un contexte de forte accidentologie routière) ne sont plus adaptés au profil de patients plus légers, ou plus âgés et porteurs de pathologies chroniques, qui nécessitent des circuits de prise en charge spécifiques.

3 - Une réglementation peu contraignante

Alors que l'organisation des locaux conditionne, par ses multiples aspects, la qualité de la prise en charge des patients au sein des structures des urgences, la réglementation en vigueur ne dresse qu'un cadre indicatif peu contraignant.

Le récent décret du 29 décembre 2023 a ainsi complété, à la marge, les dispositions antérieures d'autorisation qui exigeaient la présence d'une zone d'accueil (devant désormais préserver la confidentialité), d'une zone d'examen avec une salle de déchocage (devant offrir les moyens nécessaires à une réanimation immédiate), d'une zone de surveillance de très courte durée (unité d'hospitalisation de courte durée, désormais dimensionnée à deux lits au minimum) et des zones identifiées pour l'accueil des patients dans le cadre du dispositif « ORSAN »²⁰⁰.

Le conseil scientifique du Conseil national de l'investissement en santé a récemment publié un référentiel de surfaces selon lequel un box induit de 90 à 120 m² de surface dans le bâtiment, dans la fiche technique consacrée aux urgences.

¹⁹⁹ Au CH de Saint-Nazaire, l'exiguïté de la salle d'attente a contraint l'établissement à installer un bâtiment modulaire attendant pour accueillir les patients en attente d'orientation.

²⁰⁰ Il comprend cinq volets qui servent à organiser les soins quand l'une des cinq situations susceptibles de saturer le système de santé survient. Chacun des cinq volets correspond à des modalités d'organisation de l'offre de soins spécifiques.

4 - Les principaux axes de progrès identifiés

Le traitement particulier de la zone d'accueil occupe une place centrale dans les projets réalisés ou programmés, en relation avec l'accroissement de l'activité, avec le souci de confidentialité pas toujours bien respecté²⁰¹ (et désormais inscrit dans le décret du 29 décembre 2023) et, surtout, avec la nécessité de sécuriser les accès aux structures des urgences (cf. *infra*).

L'adaptation des locaux aux principes de régulation des flux des patients constitue un autre point majeur d'amélioration traité dans les projets réalisés ou en cours.

Si les référentiels ne sont pas fondés sur un consensus parfaitement établi quant au découpage des zones secondaires, la majorité des services audités propose (ou projette) au moins une organisation avec un circuit court pour les patients ambulatoires ne nécessitant que peu de soins²⁰², et un circuit long pour les patients requérant une charge en soins plus importante, ainsi que la séparation des zones de prises en charge pour les patients pédiatriques ou psychiatriques²⁰³.

5 - Des efforts à poursuivre

Le processus de mise en conformité des structures des urgences n'est pas achevé. Il doit donc se poursuivre, sous réserve de la rationalisation de leur nombre, de leur capacité et de leur implantation géographique. Ces services peuvent d'ailleurs, depuis le décret du 29 décembre 2023, prendre la forme de simples antennes par rapport à des structures adossées à de plus grands centres hospitaliers. Le financement demeure évidemment une condition de la réalisation de ces projets qu'il convient donc d'ajuster au strict nécessaire, au regard du territoire, de la population desservie et des autres structures des urgences disponibles à proximité.

Les facteurs de fond ayant présidé à l'inadéquation partielle et progressive des locaux sont toujours à l'œuvre : augmentation du nombre de patients après la baisse enregistrée durant la crise sanitaire et transformation du profil des patients, plus âgés et porteurs de pathologies chroniques. L'adaptation structurelle de ces services est une condition première de la qualité de la prise en charge des patients par le personnel soignant ainsi que de l'amélioration des conditions de travail, et contribue donc sensiblement à la restauration d'une image positive de ces services.

²⁰¹ Par exemple, au service des urgences de l'hôpital Saint-André du CHU de Bordeaux, où des travaux d'adaptation ont réglé ce problème à la fin de l'année 2023. Seulement 52 % des services estiment la taille de leurs locaux d'accueil et d'orientation suffisants (enquête Drees 2024).

²⁰² 53 % des services d'urgences (enquête Drees 2024).

²⁰³ Pour le CH de Laon, le rapport de la chambre régionale des comptes indique : « *La configuration actuelle des urgences générales ne permet pas de séparer le flux pédiatrique du flux adulte, notamment pour éviter aux enfants de se confronter à des situations susceptibles de les choquer (violences, alcoolisme, vues sur des situations d'urgences vitales, etc.)*. » conduisant l'établissement à élaborer un projet de rénovation évalué à 3 M€.

B - La priorité à accorder au parcours du patient au sein et en sortie de la structure des urgences

Par gestion du parcours du patient, il faut entendre la mise en place d'instances, de moyens particuliers et de protocoles permettant la bonne organisation des étapes successives des soins apportés et la prévention des situations de saturation rencontrées au sein de la majorité des structures examinées. Sa logique, qui conditionne une part importante des résultats obtenus sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins tout autant que l'amélioration des conditions de travail du personnel, a fait l'objet de nombreuses instructions ministérielles et recommandations de bonnes pratiques (1).

L'orientation du patient, dès son admission au sein de la structure des urgences, et sa prise en charge au sein de circuits identifiés, adaptés à son état de santé, constituent les étapes réalisées au sein même de la structure des urgences (2).

À l'autre extrémité de ce parcours, la sortie rapide du patient et l'optimisation des conditions de son orientation vers les capacités en lits disponibles au sein de l'établissement de santé ou dans son environnement constituent un paramètre majeur de la fluidification du parcours au sein des structures des urgences (3).

1 - Une succession d'instructions ministérielles et de référentiels de bonnes pratiques insuffisamment mis en œuvre

L'optimisation du parcours du patient et, particulièrement, des conditions de sortie après prise en charge aux urgences vers l'hospitalisation, est présente tout autant dans les préconisations de bonne pratique que dans les circulaires, instructions ministérielles et décrets adoptés consécutivement aux missions d'enquête ou plans gouvernementaux qui se sont succédé ces dernières années.

La nécessité de procédures concertées au sein des établissements de santé pour favoriser la fluidité du parcours au sein des urgences a été soulignée en 2003²⁰⁴ par l'obligation d'installation d'une « commission des admissions et des consultations non programmées ».

Cette instruction contient déjà la plupart des orientations reprises ensuite dans toutes les instructions, circulaires ou plans gouvernementaux. Le Pacte de refondation des urgences a ainsi recommandé d'élargir les compétences de l'infirmier d'orientation et d'accueil et de favoriser la présence d'infirmiers en pratique avancée spécialisés au sein des structures des urgences. Ces infirmiers permettraient d'optimiser les conditions de tri des patients et de diffuser des bonnes pratiques en matière d'orientation et de parcours des patients²⁰⁵.

²⁰⁴ Circulaire n° DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 ; la CACNP est distincte de la Commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), compétente pour l'organisation de la permanence des soins dans tous les services de l'établissement.

²⁰⁵ Mesures n° 8 et n° 12.

Depuis 2019, deux circulaires successives ont de nouveau invité les agences régionales de santé et les établissements à mettre en place des procédures de gestion des lits, tant au sein des établissements²⁰⁶ qu'à l'échelle territoriale²⁰⁷.

Le rapport de la mission "*flash*" sur les urgences présenté par le Dr François Braun en juin 2022 a repris le sujet de l'optimisation du parcours²⁰⁸ et a proposé de rendre obligatoire la fonction de gestionnaire de lits dans tous les établissements exerçant la médecine d'urgence, et l'organisation d'une gestion territorialisée des lits sous l'égide des agences régionales de santé. Cette mesure est devenue effective dans le décret du 29 décembre 2023 qui rend obligatoire un dispositif de gestion de lits au sein de l'établissement ou au sein du groupement hospitalier de territoire auquel il appartient.

Cette succession d'instructions révèle la difficulté pour les autorités de l'État d'obtenir de tous les établissements publics de santé la mise en œuvre des modes d'organisation les plus performants, connus et éprouvés.

Le parcours du patient au sein de la structure des urgences a fait parallèlement l'objet d'une abondante littérature, féconde en recommandations et bonnes pratiques. Il est largement présent dans le référentiel de la Société française de médecine d'urgence sur l'organisation architecturale des services d'urgences actualisé en 2024. La société savante lui consacre aussi des référentiels spécifiques régulièrement actualisés (gestion des unités d'hospitalisation de courte durée, référentiel pour l'infirmier organisateur de l'accueil, grille « French », organisation de l'aval) et l'Anap a produit parallèlement de nombreux guides de bonne pratique, notamment au travers de son « kit global urgences ».

2 - Quatre points d'attention conditionnant une organisation performante

a) Le renforcement des responsabilités de l'infirmier d'orientation et d'accueil

Les différents référentiels s'accordent sur le rôle essentiel de l'infirmier d'orientation et d'accueil et la totalité des établissements visités sont conformes à l'exigence de sa présence systématique à l'entrée du service²⁰⁹ et à son rôle. Le référentiel SFMU précise sa double tâche : il doit, en premier lieu, accueillir le patient en déployant les qualités fondamentales d'une relation soignant-soigné (écoute, ouverture, neutralité, bienveillance) et, en deuxième lieu, aiguiller les patients vers la zone de soins adaptée à leur état.

Certaines structures des urgences²¹⁰ commencent à mettre en application les dispositions de l'arrêté du 29 novembre 2019 lui permettant de prescrire lui-même certains bilans ou gestes

²⁰⁶ Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire et instruction DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021.

²⁰⁷ Instruction n° DGOS/R2/2023/103 du 26 juin 2023 relative à la mise en place de plans d'actions territoriaux pour fluidifier les parcours d'aval des urgences en prévision de l'été.

²⁰⁸ Recommandations n° 38 et n° 39.

²⁰⁹ Dans 95 % des postes d'accueil, selon les résultats de l'enquête de la Drees de juillet 2024.

²¹⁰ Le CH du Puy par exemple.

mais cette pratique n'est pas encore généralisée. L'exigence d'accroissement de son rôle résulte surtout de la nécessité d'une réorientation renforcée vers la médecine de ville²¹¹.

Certains établissements, comme l'hôpital privé d'Antony, restent attachés à la vérification, par un médecin, des réorientations hors des urgences proposées par l'infirmière organisatrice de l'accueil.

b) Des circuits de prise en charge spécifiques

Selon les guides de bonne pratique, une distinction première doit être opérée entre les patients les plus légers, orientés vers un circuit court, et les patients les plus complexes nécessitant une prise en charge médicale plus importante. Ils préconisent la mise en place de filières spécifiques, par pathologie, permettant une protocolisation anticipée.

Si le principe général de mise en place de ces dispositifs est aujourd'hui bien établi, plusieurs modèles organisationnels existent et les situations rencontrées par l'équipe d'enquête apparaissent très divers.

Deux facteurs limitent l'organisation en circuits spécifiques : l'étroitesse ou la disposition des locaux, en premier lieu, qui justifie de nombreux projets de restructuration, réalisés ou programmés²¹² ; la disponibilité de la ressource médicale requise pour faire fonctionner en continu les deux circuits, en second lieu.

Enfin, la mise en place des circuits spécifiques par pathologie suppose un dialogue de qualité entre les équipes des urgences et les équipes des spécialités d'aval (cf. *infra*).

Les bénéfices constatés (efficacité de la prise en charge, réduction de la durée moyenne de passage) au sein des structures des urgences ayant opté pour la mise en œuvre de filières spécifiques incitent au déploiement de ce dispositif dans l'ensemble des structures des urgences, dans un format adapté à chaque établissement selon la configuration de ses locaux et des ressources médicales mobilisables.

c) Un accès rapide aux services médico-techniques

La fluidification du parcours du patient doit permettre son accès rapide et sécurisé aux examens ou avis complémentaires nécessaires à l'établissement du diagnostic (imagerie, analyses de biologie, avis de spécialistes), ainsi qu'exigé par le code de la santé publique²¹³.

De ce point de vue, les situations sont hétérogènes avec, dans certains cas, des temps d'accès très long au plateau technique, par défaut ou insuffisance de plages réservées à l'activité non programmée pouvant être lié à un exercice insuffisamment régulé²¹⁴ de l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics, au sein de leur établissement. L'existence de protocoles organisant la présence régulière de spécialistes d'aval au sein de la structure des urgences, ou

²¹¹ Guide sur la réorientation à l'entrée aux urgences précité établi notamment à partir du référentiel de la SFMU.

²¹² En projet au CH de Boulogne-sur-Mer ou au CH de Laon, réalisé à l'issue des travaux d'optimisation des locaux à l'hôpital Lariboisière.

²¹³ CSP, art. D. 6124-24.

²¹⁴ Au CH de Vichy, la cheffe de service des urgences a fait état de délais pouvant atteindre six heures pour un examen d'imagerie, près de 70 % des plages des équipements lourds (IRM) étant préemptées par l'activité libérale.

bien l'organisation de plages consacrées à l'activité non programmée au sein des services d'aval, font partie des bonnes pratiques rencontrées²¹⁵.

d) Une utilisation rigoureuse des systèmes d'information

L'utilisation d'un système d'information est l'une des conditions de l'optimisation du parcours du patient. La Société française de médecine d'urgence a publié dès 2005 un référentiel complet de bonnes pratiques, rappelant que chaque étape du parcours du patient est concernée.

L'Anap²¹⁶ et la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fédoru)²¹⁷ insistent sur l'aspect dynamique de l'utilisation du système d'information qui doit produire des informations valides en continu et permettre un pilotage efficient de la structure des urgences.

Les structures visitées durant l'enquête présentent de ce point de vue des situations variables. Si la totalité d'entre elles sont bien dotées d'un système d'information déployé au sein de la structure des urgences (rendu obligatoire pour la saisie des RPU)²¹⁸, celui-ci présente, selon les structures, des caractéristiques différentes dans sa conception et dans sa fonctionnalité.

Une étude réalisée par le groupement régional d'appui au développement de l'e-santé des Hauts-de-France, consacrée à un état des lieux de l'informatisation des services d'urgences²¹⁹, indique que, sur 34 structures de services d'urgence ayant répondu à l'enquête, 18 logiciels différents ont été répertoriés.

L'étude Fédoru-Anap sur la gestion de lits révèle par ailleurs que, si seuls 20 % des établissements ne sont pas équipés de logiciel de visualisation des lits disponibles, 48 % n'actualisent pas cette information en continu et 48 % du corps médical n'utilisent pas cet outil de gestion des lits lorsqu'il existe.

3 - Les résistances à la mise en œuvre d'une fonction d'ordonnancement des lits

Les conflits d'usage de la capacité en lits des établissements, entre activité non programmée et activité programmée, et l'obligation de ménager une marge de disponibilité pour les soins non programmés dans les services d'hospitalisation de longue durée, ne sont que rarement arbitrés rapidement et au niveau requis. Ils font perdre du temps au patients et aux soignants et, par leur caractère répétitif, détériorent l'ambiance de travail des établissements. La sensibilité du sujet et la vision élargie de la gestion des lits à l'établissement de santé dans son ensemble, et à ses partenaires extérieurs, justifient un « ordonnancement des lits », notion

²¹⁵ À l'hôpital privé d'Antony, le responsable des urgences a indiqué que les examens de biologie et d'imagerie étaient obtenus dans des délais très courts, 24 heures sur 24, ce qui constituait le facteur principal de fluidité du circuit.

²¹⁶ *Se doter d'outils d'aide à la décision pertinents pour son service d'urgence*, référentiel Anap, 12 mars 2017.

²¹⁷ Fiche technique « *Tableaux de bords hôpital en tension* », Fédoru, 2016.

²¹⁸ Instruction n° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013.

²¹⁹ *État des lieux de l'informatisation des services d'urgences en Hauts-de-France*, publication de Sant&Numérique Hauts-de-France.

qui associe pouvoir d'organisation et de décision au niveau de la direction de l'établissement²²⁰ alors que la « gestion des lits » relève de l'échelle du service ou de l'unité hospitalière.

*a) Des instances consacrées à l'accueil des soins non programmés
trop rarement créées, bien qu'obligatoires*

La commission des admissions et des consultations non programmées dont la mise en place a été prévue dès 2003²²¹ par les instructions ministérielles, est absente dans 61 % des établissements. Cette obligation a pourtant été rappelée par voie de circulaires ou instructions en 2019, en 2021 et encore en 2023.

En l'absence de cette commission en la forme officielle, certains établissements ont institué des processus informels. Si la fonction prime sur la forme, le dialogue régulier entre urgentistes et spécialistes d'aval étant l'essentiel, la formalisation favorise l'élaboration de protocoles partagés, opposables à l'ensemble des acteurs de l'institution dans la durée, indépendamment des renouvellements de personnes, et doit donc être appliquée.

Les protocoles d'adressage des patients précisent le rôle joué par les spécialistes d'aval au sein même de la structure des urgences (notamment leur participation à l'évaluation de l'état de santé du patient et à son bon adressage). À cet égard, la publication Fédorou-Anap expose que 53 % des établissements font intervenir régulièrement des équipes mobiles de gériatrie dans leur service d'urgences, pratique qui devrait être généralisée, ainsi que le déplacement préventif à l'extérieur de l'établissement, auprès des personnes âgées, en vue d'éviter leur arrivée aux urgences.

Parmi les pratiques recensées au sein de ces structures de concertation, des « chartes d'hébergement » visent à optimiser l'occupation des lits disponibles. Elles établissent un protocole strict précisant les conditions de surveillance médicale et de prescription convenues entre responsables médicaux.

Les situations de saturation ont, par ailleurs, souvent conduit les établissements à la mise en place de cellules de crise, réunies à une fréquence adaptée à la situation (quotidienne ou hebdomadaire).

L'efficacité de ces dispositifs est renforcée dans le cas où les établissements ont protocolisé, par avance, les mesures à adopter. Ainsi, au sein d'une très grande majorité d'établissement, un plan « hôpital en tension » décrit les mesures graduées à adopter en cas de saturation des urgences²²².

Il convient de préciser cependant que l'efficacité globale de ces dispositifs est étroitement liée à l'existence d'une organisation adaptée de la permanence des soins au sein de l'établissement de santé, garantissant la continuité de présence des spécialistes d'aval.

²²⁰ Cette expression a été promue par les médecins urgentistes participant à la journée annuelle de la Fédorou, le 28 mars 2024, en réponse à une interrogation sur l'usage de l'anglicisme « *bed management* ».

²²¹ Circulaire n° DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003.

²²² Au CHU de Nancy par exemple.

b) Une gestion des lits insuffisamment utilisée, en dépit de son caractère déterminant

La fonction de gestionnaire de lits est présentée dans les guides de bonne pratique comme une condition indispensable au désengorgement des urgences et à l'efficacité du parcours du patient. *De facto*, l'existence d'une fonction spécifique, chargée du déploiement des outils de gestion des lits et de leur utilisation quotidienne à l'échelle de l'établissement, représente un progrès indéniable par rapport aux situations antérieures caractérisées par l'atomisation de cette fonction, réparties sur tous les acteurs de l'hôpital de manière non coordonnée et non étayée par des données fiables.

Dans les cas du déploiement des dispositifs les plus achevés observés, et pouvant servir de référence, l'équipe chargée de l'ordonnancement est pluridisciplinaire²²³.

L'enquête a pu mettre en évidence un mouvement de généralisation progressive de cette fonction, sous diverses formes, avec des déploiements achevés comme au CHU de Poitiers.

La publication Fédorou-Anap fait état d'une majorité d'établissements dotés de cette fonction (68 %), résultat corroboré par les données recueillies auprès des CHU²²⁴ et par les données, publiées en juillet 2024, de l'enquête sur les urgences réalisée en juin 2023 par la Drees. Ce bon résultat apparent est cependant à relativiser par le fait que, selon l'Anap, 30 % des gestionnaires de lits ne connaissent pas les entrées programmées pour le lendemain et que 69 % des cellules de gestion des lits ne fonctionnent pas en fin de semaine.

Le rappel de l'obligation de création d'une cellule de gestion des lits au sein l'instruction ministérielle de juin 2023 témoigne par ailleurs d'un constat d'insuffisant déploiement fait par les pouvoirs publics. Pourtant, le soutien apporté a été conséquent avec un total, entre 2020 et 2022, d'environ 100 M€ délégués au titre du Pacte de refondation des urgences sous la forme de crédits d'aide à la contractualisation non reconductibles, pour favoriser le déploiement de ces dispositifs²²⁵.

c) Le besoin journalier minimal en lits (BJML), paramètre trop peu utilisé

L'utilisation de l'indicateur du besoin journalier minimal en lits (BJML) a été introduit par voie de circulaire en 2019²²⁶. Il consiste à évaluer *a minima* le nombre de lits d'hospitalisation nécessaires quotidiennement pour répondre au mieux à la demande d'hospitalisation en provenance des urgences.

²²³ Elle comprend généralement un médecin coordonnateur, des membres du personnel soignant (IDE majoritairement), du personnel administratif, des agents du service informatique et des assistants de service social. Ces derniers apportent une plus-value importante pour favoriser la sortie des patients « bloqueurs de lits », demeurant souvent au sein de l'établissement par impossibilité de retour à domicile sans assistance sociale.

²²⁴ Questionnaire de l'équipe d'enquête réalisé conjointement avec la commission stratégie de la conférence des DG de CHU au mois de mars 2024. Sur 12 CHU répondants, huit déclarent disposer d'une gestion des lits et quatre qu'elle est en phase de déploiement.

²²⁵ Source : instruction n° DGOS/R2/2023/103 du 26 juin 2023.

²²⁶ Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire.

Il est calculé, pour chaque établissement, par référence à la statistique des résumés de passage aux urgences des trois années précédentes transmise par l'observatoire régional des urgences, permettant de déterminer le nombre d'hospitalisations quotidiennes qui peuvent être attendues à un moment donné, par mutation (internes à l'hôpital) ou transfert (hors établissement)²²⁷.

Le BJML permet d'anticiper le besoin en lits d'aval mais son utilisation suppose la mise en place des protocoles évoqués précédemment et une procédure d'ordonnement des lits efficace. L'exactitude du BJML suppose par ailleurs une qualité de remplissage des relevés de passage aux urgences (et notamment de l'item « mode de sortie ») qui est souvent insuffisante. Selon la publication Fédorou-Anap, 68 % des établissements n'utilisent pas cet outil, résultats confirmés par l'enquête réalisée auprès des CHU²²⁸ et les résultats de l'enquête de la Drees publiés en juillet 2024.

Ordonnement des lits - L'exemple du CHU de Poitiers

Le CHU de Poitiers a pris, depuis 2013, un ensemble de mesures destinées à fluidifier le circuit du patient au sein des urgences. Le besoin journalier en lits (BJML) sert de base à l'identification de lits réservés au sein des unités d'aval. Son nombre résulte d'un arbitrage entre les besoins des urgentistes et le taux d'occupation des unités d'aval (30 lits depuis 2022).

L'établissement a créé une unité d'hospitalisation d'aval post-urgence (UHA) de 22 lits, avec une durée de séjour maximale de 48 heures, servie par deux praticiens hospitaliers et la participation de l'équipe médicale des urgences.

La cellule de gestion des flux de patients est ouverte depuis 2014, de 8 h 30 à 22 h 30 du lundi au samedi, et tous les jours depuis le mois de septembre 2024. Un relai est assuré par un infirmier des urgences en dehors de ces horaires d'ouverture.

Le CHU utilise un outil interactif et actualisé en continu du statut des lits. Ses résultats sont évalués par des indicateurs.

Un salon de sortie a été ouvert en 2016, permettant aux patients sortants de libérer leur lit dès la décision de sortie prise.

Enfin, un protocole de « *coordination institutionnelle en cas de tension dans la gestion des lits* » prévoit l'ouverture de lits supplémentaires lors des épisodes de tensions.

Les résultats positifs de ce déploiement se sont cependant réduits sur la période la plus récente, le CHU ayant été contraint de fermer la moitié des lits de son unité d'aval par manque de personnel paramédical.

d) La nécessité d'un pilotage institutionnel renforcé

L'existence d'outils adaptés, d'une comitologie et de procédures formelles (plan hôpital en tension, charte d'hébergement) ne suffit cependant pas et les expériences les plus abouties

²²⁷ Ce nombre de lits est calculé de manière que, sur les trois années précédentes, pour la semaine concernée, le besoin en lits d'aval soit surestimé pour 25 % des jours (et donc sous-estimé pour 75 % des jours). Le BJML peut alors être considéré comme un seuil en deçà duquel l'établissement est susceptible de se trouver en situation de tension en aval.

²²⁸ Sur 12 CHU répondants, six déclarent utiliser le BJML.

en la matière ont en commun un fort pilotage institutionnel, porté par la direction et par la commission médicale de l'établissement (CME).

De ce point de vue, la procédure d'ordonnancement des lits doit concerner l'ensemble de l'établissement et pas simplement la gestion du flux de patients sortant des urgences. Les meilleures pratiques mettent en évidence la nécessité d'un temps institutionnel suffisamment long pour permettre l'élaboration de protocoles et d'outils partagés par le plus grand nombre. Elles révèlent surtout la nécessité d'un pilotage institutionnel fort pour permettre la mise en œuvre effective de ces dispositifs, tant en situation quotidienne normale (globalement toujours caractérisée par une situation de saturation latente au sein de la majorité des établissements) qu'en situation de crise (pointes saisonnières notamment).

Dans ce domaine, les pratiques managériales et le degré d'engagement de la direction de l'établissement et de la CME sont décisifs, tant ce sujet suppose l'observance, par tous les acteurs de l'institution, de règles imposées par la direction et le président de CME qui viennent, *de facto*, limiter l'autonomie de décision des responsables médicaux.

L'adoption, par tous les établissements, de procédures de régulation institutionnelle qui permettent la prise en charge effective des patients au sein des services d'aval, après orientation par la cellule d'ordonnancement des lits, est impérative au regard des bénéfices qui peuvent en être attendus.

e) Une interface entre l'unité d'hospitalisation de courte durée et l'unité post-urgence à organiser

La question des unités d'aval direct des urgences (unités d'hospitalisation de courte durée – UHCD – et unités de post-urgences) mérite une attention particulière, compte tenu de ses liens avec la structure des urgences elle-même, au-delà de la question centrale de la disponibilité de capacités d'aval au sens large (cf. *infra*).

La présence de l'unité d'hospitalisation de courte durée au sein de la structure des urgences est, en premier lieu, réglementaire. Ses conditions de fonctionnement font l'objet de nombreuses recommandations²²⁹ car elle joue un rôle essentiel dans la prise en charge des patients²³⁰.

Si les conditions d'organisation de cette unité apparaissent globalement conformes, au sein des établissements visités, notamment sur l'intégration au sein de la structure des urgences (personnel commun, locaux réservés au sein de la structure), leur utilisation effective est éloignée des recommandations sur la durée de séjour. La durée théorique maximale de séjour de 24 heures y est très rarement respectée et les durées moyennes de séjour peuvent parfois y atteindre sept jours.

²²⁹ *Recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence*, 2001, et, plus récemment, *Dimensionner et organiser une UHCD*, Anap, novembre 2022.

²³⁰ Les critères cumulatifs d'admission en UHCD concernent les patients dont l'état de santé :

- présente un caractère instable ou un diagnostic incertain ;
- nécessite une surveillance médicale dans un environnement paramédical qui ne peut être délivrée que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- nécessite la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

L'unité d'hospitalisation de courte durée est ainsi détournée de son objectif initial et se transforme en service d'hospitalisation pour les patients en attente de lits d'aval, le plus souvent des personnes âgées polypathologiques ou des patients identifiés comme « bloqueurs de lit », en situation sociale précaire ne permettant pas un retour à domicile alors même que leur état de santé le permettrait.

Elle est, *de facto*, très dépendante de l'efficacité des procédures d'ordonnancement des lits mais, aussi, de la capacité de délivrance rapide des examens complémentaires requis par l'état de santé du patient. Les exemples positifs rencontrés cumulent ces deux aspects.

La présence ou l'absence, ainsi que le dimensionnement, d'unités spécialisées en post-urgences, complémentaire des UHCD, est un point de différenciation entre établissements sur leur capacité à fluidifier efficacement le circuit du patient en sortie des urgences²³¹. Ces unités, à vocation exclusive d'accueil des patients en sortie directe des urgences ou après passage en UHCD, peuvent être destinées en priorité aux patients âgés (on parle alors d'unité post-urgences gériatriques) ou être polyvalentes.

Leur organisation médicale peut différer selon les établissements qui en sont dotés. Dans certains cas, ces unités sont placées sous la responsabilité directe des médecins urgentistes, assistés cependant d'équipes paramédicales distinctes de celles des urgences ; dans d'autres cas, elles sont intégrées au sein de pôles médicaux de l'établissement distincts des urgences.

La plupart des médecins urgentistes plaident pour le premier schéma organisationnel, arguant de la plus grande sensibilité de leur discipline à des durées de séjour réduites au sein de ces unités, pour permettre un accueil plus rapide de nouveaux patients en provenance des urgences ou de l'UHCD, ainsi qu'une plus grande fluidité des échanges entre praticiens qui appartiennent à la même équipe et en partagent ainsi les enjeux.

Les agences régionales de santé doivent pouvoir encourager et financer la création d'unités d'hospitalisation de post-urgences, de capacité adaptée au sein de chaque établissement détenteur d'une autorisation de médecine d'urgence, compte tenu de leurs effets positifs sur la fluidité du parcours du patient au sein des structures des urgences ; en aucun cas, cependant, ces unités n'ont vocation à pallier l'absence d'un ordonnancement des lits organisé et efficace. Leur création et l'évaluation de leur capacité ne doit donc intervenir qu'après que la fonction d'ordonnancement a été mise en place.

C - L'engagement déterminant des établissements en matière de sécurité dans les structures d'urgence

La sécurité du personnel et des patients au sein des services d'urgence est une préoccupation des équipes hospitalières depuis de nombreuses années.

L'amélioration des conditions de sécurité passe notamment par un aménagement adapté des locaux, alors même²³² qu'aucune instruction ou guide ministériel n'existe à ce jour dans ce

²³¹ À l'issue du contrôle du CHU de Grenoble, pourtant doté de deux unités post-urgences, la chambre régionale des comptes a recommandé l'ouverture de 40 lits supplémentaires en unité de post-urgences.

²³² Proposition n° 10 du rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé – J.C. Masseron, N. Nion, juin 2023, lettre de mission de Mme A. Firmin Le Bodo, ministre de la santé, du 30 janvier 2023.

domaine. Plus de 20 ans séparent les deux seuls plans gouvernementaux d'envergure qui abordent, dans leur ensemble, les différents aspects de la sécurisation du personnel hospitalier.

Les rapports de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) mettent en évidence l'importance des violences subies par le personnel hospitalier au sein des structures des urgences (a). Un plan gouvernemental de 2023, succédant à de premières instructions anciennes, tente d'apporter des réponses adaptées à ce phénomène mais son adoption est trop récente pour que l'on puisse en apprécier l'efficacité (b). Dans ce contexte, de très nombreux établissements ont déployé des mesures de prévention et de traitement de la violence avec des résultats significatifs mais sans parvenir à l'endiguer, au regard des facteurs sociaux, dépassant largement le cadre hospitalier, où elle trouve sa source (c).

1 - Des services particulièrement exposés aux actes de violence

L'ONVS présente la description la plus complète de l'exposition des structures des urgences à la violence, même si demeure un biais méthodologique important résultant du principe de la déclaration volontaire de la part des établissements, laissant supposer une sous-déclaration chronique.

Cette sous-déclaration potentielle est difficile à appréhender mais elle peut être évaluée par le nombre moyen d'établissements déclarants²³³. Les chiffres, en valeur absolue, doivent être considérés avec précaution de ce fait²³⁴ et, aussi, en raison de la crise sanitaire qui a entraîné une nette diminution des établissements déclarants²³⁵ pouvant résulter, soit, d'une diminution réelle des faits (de 39 %, en nombre de faits, entre 2019 et 2021), soit d'une difficulté à les déclarer.

En dépit de ces réserves, les rapports de l'observatoire montrent que les structures des urgences sont particulièrement touchées par les phénomènes de violence. En fonction des années, elles apparaissent en deuxième ou en troisième position des services déclarants (entre 12 % et 16 % des déclarations totales) alors que les signalements des deux autres catégories de services les plus concernés (services de psychiatrie et unités de soins de longue durée - USLD) sont liés, en forte proportion, à des troubles psychiques : 34 % en psychiatrie, 54 % en USLD mais 6 % seulement pour les urgences.

Les atteintes aux personnes (87 %) y sont plus importantes que les atteintes aux biens et plus élevées, comparées à la moyenne des autres services ; les agressions verbales y sont prédominantes (83 %)²³⁶.

Les raisons conduisant à ces violences quotidiennes sont variées, selon les données collectées, mais le temps d'attente jugé trop important et l'incompréhension du rang de priorité dans les prises en charges, selon la gravité des cas et non par ordre d'arrivée, figurent parmi les motifs les plus invoqués.

²³³ 419 en moyenne entre 2017 et 2021, à comparer avec 2 987 établissements publics de santé recensés en France.

²³⁴ 3 157 déclarations, en moyenne, de 2017 à 2021 (3 855 en 2019 et 2 351 en 2021).

²³⁵ 383 en 2020 contre 451 en 2019.

²³⁶ ONVS, Rapport 2022.

Ce constat est corroboré par les résultats de l'enquête menée auprès des CHU : une majorité de ces établissements fait état d'une augmentation, parfois forte, des actes de violence au sein de leur structure des urgences jusqu'en 2019, d'une diminution entre 2020 et en 2021 et d'une nouvelle augmentation ensuite²³⁷. En l'absence de données nationales sur les deux dernières années, il est difficile de conclure à une baisse durable du nombre d'actes de violences après la pointe enregistrée en 2019.

2 - Des mesures prises très progressivement au niveau national

L'intervention des pouvoirs publics dans le champ de la sécurité des établissements date du début des années 2000 mais il faut attendre la dernière décennie pour voir le ministère de la santé proposer un nouveau plan d'ensemble de prévention et de traitement de la violence au sein des établissements de santé.

La première instruction, de 2005, relative à la prévention des phénomènes de violence au sein des établissements de santé et créant l'ONVS posait déjà, en préalable, un constat qui aurait pu être repris dans les mêmes termes en 2024, témoignant ainsi de l'ancienneté du phénomène²³⁸.

Les conventions « santé-sécurité-justice », fondées sur un protocole conclu entre le ministère de la santé et le ministère d'intérieur en 2005²³⁹, actualisé en 2010, visaient une meilleure collaboration des services de police et de justice avec les établissements de santé. Elles ont permis une meilleure articulation des services et ont eu des effets utiles dans la facilitation des dépôts de plainte par les agents victimes de violence mais se sont parfois heurtées à la difficulté de maintenir des forces de police au sein des établissements de santé, faute d'effectif disponible.

Enfin, la circulaire de 2016²⁴⁰ relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé était, à titre principal, orientée sur la prévention du risque d'attentat et n'abordait que peu la question de la violence quotidienne subie au sein des structures des urgences.

Le sujet est réapparu en 2019, dans le Pacte de refondation des urgences, au travers de sa mesure n° 11 qui a proposé d'introduire la possibilité du dépôt de plainte par le seul chef d'établissement, dans le but de protéger l'agent victime, en insistant sur la nécessité de prendre en compte la dimension sécuritaire dans les projets de rénovation.

À l'instar d'autres dispositifs du Pacte de refondation, différés par la survenue de la crise sanitaire, ce n'est qu'en septembre 2023 que la ministre a présenté un plan d'ensemble, issu des propositions du rapport commandé en janvier de la même année.

Ce plan s'articule selon plusieurs axes : l'action sur les déterminants de la violence (en améliorant les conditions d'accueil, notamment), le renforcement de la sécurité par le déploiement de dispositifs adaptés (systèmes de détection et de vidéosurveillance), la formation

²³⁷ Seuls deux CHU sur 11 font état d'une stabilisation du nombre d'agressions depuis 2021 ; les autres CHU enregistrent des augmentations, parfois très significatives (au CHU de Dijon, 64 actes en 2023 contre 25 en 2022 ; au CHU d'Angers, 209 actes en 2023 contre 111 en 2019).

²³⁸ Circulaire n° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000, circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005

²³⁹ Protocole national du 12 août 2005 complété par le protocole du 10 juin 2010.

²⁴⁰ Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016

des professionnels (notamment sur la conduite à tenir face aux actes de violence), l'amélioration de la connaissance du phénomène (notamment en renforçant l'ONVS) et le soutien à apporter aux victimes.

Présenté d'abord comme un guide de bonnes pratiques à appliquer là où elles ne sont pas encore déployées, sans contenir d'innovation majeure, ce plan offre une vision d'ensemble du sujet. La seule réelle nouveauté réside dans la perspective d'une modification législative relative à la capacité pour le chef d'établissement de porter plainte seul, pour soulager la victime (après avoir recueilli son consentement) de l'engagement d'une procédure et la préserver d'éventuelles représailles.

Des dispositions adoptées en 2021 prévoyait déjà cette possibilité, dans des cas limités²⁴¹. Une proposition de loi en discussion devant le Parlement pourrait renforcer ce dispositif et ses effets²⁴².

Sans préjuger des résultats attendus après l'adoption de ce plan, une grande partie des mesures qu'il contient ont été récemment déployées à la faveur d'initiatives locales, dans d'un nombre significatif d'établissements.

3 - De nombreuses initiatives locales concrètes mais souvent récentes

Au cours des années 2017-2023 de nombreux dispositifs de prévention ou de traitement de la violence ont progressivement été déployés au sein des établissements de santé, le plus souvent sur l'initiative des établissements eux-mêmes.

L'absence d'instruction ministérielle contraignante sur l'aménagement sécuritaire des locaux n'a pas fait obstacle aux aménagements portés par les établissements. De nombreux travaux ont concerné la mise en place d'accès sécurisés (installation de sas et d'ouverture commandée des portes d'entrée des services, voire de portique de sécurité comme à l'hôpital Lariboisière), souvent associés au déploiement de caméras de vidéosurveillance (reliées au poste de sécurité de l'établissement) et à la généralisation d'accès réservés par badge, y compris depuis l'intérieur de l'établissement.

Les dispositifs d'alarme pour travailleurs isolés sont fréquemment installés, reliés le plus souvent au centre de sécurité de l'établissement, avec protocolisation d'intervention des équipes de sécurité déployées par les établissements.

Les CHU ont tous déployé de tels dispositifs sur la période récente, en couvrant prioritairement les plages de nuit.

Le total des sommes dépensées spécifiquement pour ces équipements²⁴³ n'a pas pu être établi. Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés devait financer, à hauteur de 25 M€ par an sur les années 2017-2019, la sécurisation des établissements de santé

²⁴¹ Loi n° 2021-1109 du 24 août 2021 modifiant l'article 433-3 du code pénal.

²⁴² Proposition de loi visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé adoptée par l'Assemblée nationale le 14 mars 2024, texte n° 259.

²⁴³ Au titre de l'action 4.2 du FIR *Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements*.

mais le niveau réel de consommation de ces crédits n'est pas connu. Pour autant, le total national des subventions accordées sur ce thème par les agences régionales de santé aux établissements de santé publics, selon leurs réponses aux interrogations de la Cour, a atteint 50 M€ par an, en moyenne²⁴⁴.

Concernant les dispositifs d'intervention urgente en cas de violence, la plupart des CHU ont conclu et actualisé une convention « santé-sécurité-justice » avec les forces de l'ordre (police nationale, gendarmerie, police municipale) et avec les procureurs de la République.²⁴⁵ Certaines conventions prévoient des actions de formation à destination du personnel hospitaliers²⁴⁶.

Enfin, de nombreuses initiatives ont été prises pour soutenir les agents victimes de violence. Aux garanties statutaires existantes, ont été ajoutées des procédures d'assistance individuelle proposées à l'agent dans la procédure de dépôt de plainte, issues notamment de certaines conventions « santé-sécurité-justice ».

Ces nombreuses initiatives démontrent que le sujet de la sécurité du personnel au sein des structure des urgences est une préoccupation prise en considération par de nombreux établissements de santé. Les biais méthodologiques affectant les chiffres nationaux disponibles (sous-déclaration chronique, conséquences de la crise sanitaire avec dernier bilan chiffré de l'ONVS daté de 2021) et le caractère récent du déploiement d'une grande partie de ces dispositifs ne permettent pas encore de conclure incontestablement sur leur effet dissuasif à l'égard des agresseurs potentiels et sur l'efficacité de la protection pour le personnel des établissements de santé. Cependant, les témoignages recueillis au cours de l'enquête auprès du personnel de plusieurs hôpitaux font état d'une appréciation positive de ces mesures qui, sans endiguer un phénomène social de fond, permettent d'en limiter les effets.

²⁴⁴ Par exemple, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a consacré 7 M€ aux opérations d'amélioration du contrôle des accès des établissements sur les 14 M€ obtenus au titre du FMES et du FMIS (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) depuis 2017.

²⁴⁵ Au CHU de Nice, un dispositif de « bouton poussoir » est déployé dans les zones d'accueil des urgences et est directement relié au centre de supervision de la police municipale.

²⁴⁶ Au CHU de Rennes, la Gendarmerie nationale dispense une formation aux gestes de légitime défense.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La dégradation des conditions de travail ressentie par les médecins urgentistes est la première cause de la faible attractivité de la médecine d'urgence que les augmentations salariales significatives déployées par les pouvoirs publics, à la suite du Ségur de la santé, et les mesures récentes de revalorisation des gardes et astreintes ne parviennent pas, pour l'instant, à faire progresser. La croissance de l'effectif médical enregistrée ces cinq dernières années s'accompagne paradoxalement d'une augmentation des postes vacants (autour de 20 % sur la période la plus récente), d'une forte prévalence du temps partiel et d'une concurrence salariale entre établissements, incomplètement et trop récemment régulée par les dispositions de la loi Rist. La généralisation des équipes territoriales, trop peu présentes actuellement, pourrait permettre une meilleure répartition de la ressource disponible.

Les locaux abritant les structures des urgences sont devenus inadaptés face à l'augmentation du nombre de patients et à la modification de leur profil. Des programmes de rénovation d'ampleur, conduits ces dernières années, y répondent. Ils doivent être poursuivis, en particulier dans le champ de la sécurisation des locaux. Le personnel des urgences est particulièrement exposé aux violences et aux incivilités, ce sujet n'ayant, quant à lui, fait l'objet d'un plan d'ensemble gouvernemental que très récemment.

Une attention particulière devra être portée à l'amélioration de l'organisation du circuit des patients conformément aux nombreuses recommandations de bonnes pratiques existantes, en particulier à leur sortie vers l'hospitalisation, très dépendante de la mise en œuvre des procédures d'ordonnancement des lits. La situation de saturation rencontrée au sein de nombreux établissements rend nécessaire le déploiement complet de ces dispositifs, comme ils auraient dû l'être depuis longtemps, et l'engagement résolu de la direction des établissements de santé pour les faire fonctionner.

Les difficultés liées aux recherches de lits d'aval en sortie des urgences sont souvent citées parmi les principaux facteurs de dégradation des conditions de travail ressentie par les médecins urgentistes, renchérissant la nécessité d'améliorations significatives sur ce point pour tenter de restaurer l'attractivité des structures des urgences, fidéliser le personnel soignant et améliorer globalement le service dispensé aux usagers et patients des urgences hospitalières.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 5. établir précisément les besoins à moyen terme en médecins des structures des urgences (ministre de la santé et de l'accès aux soins) ;*
 - 6. généraliser les équipes territoriales d'urgence sur l'ensemble du territoire (ministre de la santé et de l'accès aux soins) ;*
 - 7. poursuivre, à un rythme annuel, l'enquête nationale sur la gestion des lits en aval des urgences pour vérifier la performance de la fonction d'ordonnancement des lits à l'échelle de chaque établissement (ministre de la santé et de l'accès aux soins, ANAP).*
-

Chapitre III

Améliorer la connaissance de l'activité et renforcer le pilotage des capacités des urgences

L'activité des structures des urgences est suivie au travers de de statistiques et de données qualitatives, physiques, médicales et financières dont la fiabilité, la cohérence et les possibilités de recoupement sont insuffisantes pour offrir une connaissance fine et continue de cette activité, dès la première expression de besoin d'assistance par un usager (I). Malgré leurs imperfections, ces données démontrent que, parmi les passages aux urgences, les cas relevant de véritables urgences médicales sont très minoritaires (II). Pour tenter d'infléchir cette sursollicitation des urgences, les règles de financement de l'activité de médecine d'urgence ont été réformées à partir de 2021 mais l'application de ces nouvelles règles n'est pas exempte des errements antérieurs (III). La mise en œuvre des nombreuses mesures adoptées pour faire face aux situations de saturation repose sur les agences régionales de santé dont l'action se révèle très diverse et avec des résultats variables (IV).

I - Des données d'activité de qualité insuffisante

Les données relatives à la médecine d'urgence sont nombreuses mais enregistrées dans des systèmes distincts et souvent partiels, non corrélés entre eux, en partie déclaratifs, sans que des contrôles en consolident la valeur, ce qui nuit à une connaissance précise et cohérente de l'activité et des capacités des établissements. Ces insuffisances fragilisent les décisions que les pouvoirs publics sont conduits à prendre, parfois dans des délais très courts, tant au niveau régional qu'au niveau ministériel, pour assumer les situations de saturation ou de défaillance des structures des urgences.

A - Des recueils de données multiples mais éparés

1 - La quasi-absence de données sur le stade préhospitalier

La prise de contact avec les urgences commence souvent par un appel au Samu-Centre 15 ou au Service d'accès aux soins (Sas), qui peuvent orienter l'appelant vers d'autres structures de soins. Malgré l'obligation d'enregistrement automatique des appels depuis décembre

2023²⁴⁷, l'activité des centres d'appel reste mal recensée. Les données du Samu sont partielles, tandis que celles du Sas sont globales et accessibles mensuellement.

Chaîne des intervenants et des rapports établis lors d'un appel pour un motif d'urgence

La prise en charge des appels, depuis le service d'accès aux soins (Sas) ou le Centre 15, s'opère selon le schéma ci-dessous.

Schéma n° 2 : chaîne des intervenants et des rapports établis lors d'un appel pour un motif d'urgence



Source : Cour des comptes

1. Le premier niveau de décroché est enregistrée sur une application spécifique qui rend compte des informations communiquées par l'utilisateur appelant et de la décision de l'agent répondant. Celui-ci transfère l'appel, soit vers l'aide médicale urgente (Samu), soit vers la médecine de ville (médecin régulateur de la médecine de ville). Les premières informations recueillies sont enregistrées dans un « dossier de régulation médicale » (DRM) dans un format non standardisé.

2. Si l'appel est transféré vers l'aide médicale urgente, le Samu qui en est destinataire peut, soit déclencher l'intervention directe d'un médecin urgentiste auprès de la personne en danger (Smur), soit orienter l'appelant vers une structure des urgences d'un établissement de santé. Cette orientation donne lieu à la saisie d'informations complémentaires par le Samu dans le dossier de régulation médicale.

²⁴⁷ Rendu obligatoire par le décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence.

Si le Smur est sollicité, celui-ci établit un « Relevé d'intervention Smur » intégré au DRM.

Si le patient est accueilli par le service d'urgence vers lequel il a été orienté, le service d'urgence de l'hôpital ouvre un « Résumé de passage aux urgences » (RPU) qui sera clos au terme de sa prise en charge par ce service. Les informations destinées à la facturation du passage aux urgences suivent un circuit administratif propre qui aboutira au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mais le RPU lui-même n'est pas connecté au PMSI.

3. Si le patient a été orienté vers le médecin de ville régulateur, celui-ci lui proposera, soit des conseils répondant à son besoin immédiat, soit une consultation dans un délai court auprès d'un médecin (médecin participant à la permanence des soins ambulatoires, médecin enregistré auprès du Sas au titre de son activité de soins non programmés, maison médicale de garde, etc.). L'enregistrement de cette phase s'effectue de même au sein du DRM.

La prise en charge du patient par le médecin de ville n'est pas reliée à son orientation initiale. Elle est facturée au patient et remboursée par l'assurance maladie de manière indépendante du circuit d'orientation.

Les sociétés savantes et les praticiens réclament la systématisation des « résumés de régulation » (RDR) qui regrouperaient, de manière homogène, les informations contenues de manière hétérogène dans les dossiers de régulation médicale. Ces RDR ne sont établis et utilisés aujourd'hui que de manière parcellaire et enregistrés dans des systèmes d'information anciens et disparates, aux faibles capacités d'interfaçage, dysfonctionnements déjà signalés par la Cour des comptes²⁴⁸. Leur chaînage avec d'autres données d'activité et de facturation est nécessaire pour faciliter la prise en charge des patients et analyser les parcours des appelants dans le système de soins, en ville ou en établissement de santé. Il s'agit ainsi d'assurer la continuité du suivi de l'appelant puis du patient en systématisant le RDR, en l'étendant aux Sas et en permettant sa jonction avec un « résumé patient intervention Smur » (RPIS) dont le format devrait aussi être harmonisé, et avec le résumé de passage aux urgences (RPU). La connexion avec la prise en charge par un médecin de ville, lorsque c'est l'orientation qui a été décidée, devrait aussi être possible.

Ces résumés seraient transmis aux autorités sanitaires et exploités par les observatoires régionaux des urgences (Oru).

2 - Des relevés de passages aux urgences affectés par des manques et des anomalies

Indépendamment des centres d'appel, l'activité des structures des urgences est enregistrée sous la forme de « résumés de passages aux urgences » établis par les établissements de santé selon un format standardisé. Ce recueil, obligatoire depuis 2013²⁴⁹, contient des données administratives, démographiques et médicales sur chaque patient pris en charge, incluant 14 informations sur le patient, son arrivée, son accueil et sa sortie. Un degré de gravité est attribué à chaque cas selon la « classification clinique des malades des urgences » (CCMU), allant du plus bénin (CCMU 1) au plus grave (CCMU 5). Les agences régionales de santé

²⁴⁸ *Les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre*, Cour des comptes, Ralfss 2023, chapitre 5.

²⁴⁹ Arrêté DGOS du 24 juillet 2013 et instruction n° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013.

organisent la collecte des résumés de passage aux urgences, souvent confiée à un observatoire régional des urgences.

Les Oru et la Fédoru

Les observatoires régionaux des urgences (Oru), dont la forme juridique diffère selon les régions (association, groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêt public, sous-ensemble d'une autre structure parfois) en fonction de considérations historiques le plus souvent, sont des organismes ayant pour fonction de collecter, d'analyser et de partager les données sur l'activité des structures des urgences, adultes et pédiatriques. Ils concourent aux missions de leurs membres, des autorités sanitaires (ARS) et de leurs partenaires institutionnels (Santé publique-France, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - ATIH).

La Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fédoru) est une association de type « loi de 1901 », créée le 8 octobre 2013, qui rassemble les membres constituant les observatoires régionaux des urgences de 13 régions, issus de la médecine d'urgence, du monde de l'évaluation, de la statistique, de l'informatique.

La Fédoru mutualise les ressources humaines, scientifiques, techniques, les connaissances et travaux réalisés par les Oru et elle peut coordonner des études ou des recherches communes, dans le but d'apporter des informations rigoureusement fondées aux partenaires institutionnels (ministère chargé de la santé et ses établissements publics, Cnam, sociétés savantes, etc.). Elle produit, par exemple, des propositions de référentiels, des méthodes d'évaluation, des tableaux de bord, sur les divers aspects intéressant la médecine d'urgence.

Les données issues des établissements de santé sont transférées à un « concentrateur » régional avant d'alimenter Santé publique-France, de manière quotidienne, et l'ATIH, de manière mensuelle (cf. annexe n° 5).

Bien que la grille de données des urgences soit obligatoire, certains établissements ne la remplissent pas correctement, ce qui compromet l'exhaustivité et la fiabilité des informations. S'agissant de la première et de l'une des seules sources d'information partagée permettant de caractériser l'activité des structures des urgences, sur laquelle se fondent la plupart des études à visée médicale, administrative et financière, l'exhaustivité et la fiabilité des données enregistrées par les établissements de santé doit être sensiblement améliorée.

Le « taux d'exploitabilité » des données (cf. annexe n° 5), tel que présenté périodiquement par la Fédération nationale des observatoires régionaux des urgences (Fédoru), ne signifie pas que les données elles-mêmes ont été vérifiées. Des décalages, parfois significatifs, subsistent entre les données de facturation de certains hôpitaux et leurs déclarations dans le résumé de passage aux urgences, s'agissant notamment de la CCMU ou du mode de sortie, sans qu'il soit possible de dire laquelle des deux sources correspond à la réalité.

Un biais organisationnel affecte par ailleurs l'appréciation de l'activité des structures des urgences : lorsqu'un patient est admis en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), composante de la structure des urgences, il est considéré comme sorti de celle-ci, sur le plan administratif et tarifaire, et relevant d'un séjour d'hospitalisation alors que le processus de sortie de cette hospitalisation restera géré par la structure des urgences. Le résumé de passage aux urgences ne comporte pas le numéro de sécurité sociale du patient, ce qui empêche d'apparier ses données au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et, donc, au séjour en unité d'hospitalisation de courte durée. La connaissance des tensions en sortie

d'urgence est, de ce fait, encore plus difficile à détecter et à quantifier, et la durée de passage aux urgences est faussée (artificiellement raccourcie).

Les carences du résumé de passage aux urgences actuel (il s'agit de la deuxième version depuis sa mise en place, en 2006) éloignent les données de la réalité physique des flux aux urgences qu'il est censé décrire ; ces limites sont connues des professionnels de la médecine d'urgence et de l'administration de la santé. Une troisième version de résumé de passage aux urgences a été élaborée (RPU v3)²⁵⁰ pour combler ces manques, en particulier sur le plan du chaînage avec le résumé d'intervention du Smur et avec le programme de médicalisation des systèmes d'information, mais il demeure à l'état de projet, sans calendrier de déploiement arrêté. Sa mise en application est nécessaire, assortie de consignes précises de remplissage pour éviter les aléas d'interprétation locale.

3 - Une information très approximative sur les ressources humaines

Face à l'afflux d'usagers, la capacité des urgences à les accueillir et à les prendre en charge repose principalement sur la disponibilité du personnel médical (médecins, dentistes, sages-femmes) et soignant non médical (infirmiers, aides-soignants, ambulanciers). Ce manque de personnel est souvent à l'origine des fermetures des urgences, publiques ou privées, que ce soit partiellement, par filtrage des arrivants, ou totalement, pendant une période continue ou selon des horaires spécifiques. Le suivi et l'anticipation de la disponibilité du personnel sont essentiels pour gérer les capacités des urgences.

Cependant, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ne dispose pas de données actualisées infra-annuelles sur les postes occupés ou sur les postes vacants dans les urgences, ni sur les flux de personnel. L'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, créé en 2003, produit des études démographiques et des propositions pour réguler les effectifs des professions médicales et paramédicales²⁵¹. La dernière étude sur le personnel des urgences date de 2017.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation dans les domaines de la santé et du social (Drees) a elle-même été missionnée, le 7 avril 2023, pour établir un tel tableau de bord, les enquêtes ponctuelles selon un rythme au mieux annuel ne permettant pas au ministère de connaître la situation aux moments de l'année les plus critiques, notamment à l'approche des périodes de congé, l'hiver ou l'été. La proposition de la Drees formulée en réponse consistait en un système d'information actualisé chaque trimestre, appuyé sur la déclaration sociale nominative (DSN) ; exigeant un renfort significatif en personnel, il n'a pas été retenu.

Malgré ces difficultés, la nécessité pour le ministère de disposer d'un état des ressources humaines dans les structures des urgences ne peut pas être négligée. Une solution logicielle conçue en 2014, est déployée très progressivement par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et du personnel de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) avec le concours d'agences régionales de santé ; elle facilitera le pilotage des ressources médicales lorsqu'elle couvrira l'ensemble des régions et des établissements de santé.

²⁵⁰ L'annexe n° 10 présente les données qui seraient disponibles dans le projet de troisième version du RPU dont le cahier des charges a été mis au point en août 2023.

²⁵¹ Drees, page de présentation de l'ONDPS.

4 - Une « statistique annuelle des établissements », plus solide mais disponible *a posteriori*

L'activité des urgences est analysée *via* la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), recueillie par la Drees auprès des établissements des trois secteurs (public, privé lucratif, privé non lucratif). Cette statistique dont la cohérence est vérifiée, détaille la fréquentation des urgences, les passages suivis d'hospitalisation et les professionnels en service. Elle est très utile pour connaître les capacités et les activités des urgences en tendance longue mais elle n'est pas un système réactif de veille et de pilotage.

B - L'ambition réitérée d'un tableau de bord commun à tous les établissements de santé

Les décrets de décembre 2023 ont imposé, dans le cadre des autorisations de l'activité de médecine d'urgence, deux nouvelles mesures qui ne faisaient précédemment l'objet que de recommandations, d'incitations ou d'objectifs dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les agences régionales de santé et les établissements : la mise en place d'un dispositif d'ordonnancement des lits dans les établissements de santé et l'enregistrement quotidien des capacités d'accueil et de leur disponibilité sur un répertoire unifié à l'échelle nationale.

Ces deux dispositions²⁵² étaient prévues ou esquissées par la mesure n° 12 du Pacte de refondation des urgences : « *Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées* ».

Pour être opérationnelle, la gestion des lits suppose la transparence de l'information sur les lits ouverts et disponibles, de manière transversale à l'échelle de l'établissement et élargie à celle du territoire de santé. Le « Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement social et médico-social » (ROR), créé en 2007 à l'échelle des agences régionales de santé pour répondre aux besoins urgents d'orientation des patients vers le service ou l'hébergement le plus adapté à leur état, a progressivement évolué pour devenir le référentiel ayant vocation à recenser l'ensemble de l'offre sanitaire (établissements de santé et professionnels de santé exerçant en ville) et médico-sociale.

Le répertoire national n'a cependant été, longtemps, qu'un dispositif facultatif dépendant de l'intérêt plus ou moins attentif que lui portait chaque agence régionale de santé. Dans certaines régions, les établissements et les professionnels de santé ont été fortement incités à le rendre fonctionnel par l'exhaustivité et l'actualité des informations qu'il leur est demandé d'y enregistrer. Dans d'autres régions où les agences régionales de santé n'étaient pas convaincues de son utilité, ce répertoire, souvent considéré par les professionnels de santé comme un système inquisitorial et une tâche administrative superflue, n'est rempli, lorsqu'il l'est, qu'à un rythme épisodique. Les répertoires de l'offre demeurent marqués, aujourd'hui, par ces divergences d'approche : un outil indispensable ou un système indiscret et inutile. Le système

²⁵² Les objectifs et les modalités de mise en œuvre de ces dispositions sont traitées aux chapitres II (mutualisation des capacités en lit à l'échelle territoriale) et III (ordonnancement des lits au sein de l'établissement de santé) du présent rapport.

informatique qui les porte n'est pas unifié : deux logiciels coexistent, selon les choix antérieurs des agences régionales de santé. Ces répertoires régionaux n'ont pas permis d'établir de tableau de bord unifié lors des situations de crise sanitaire (covid-19, canicules, affections hivernales, etc.) ou de fermetures de structures des urgences par manque de personnel.

Le Pacte de refondation des urgences a décidé de donner à cet outil tout son potentiel opérationnel, attendu en particulier par les médecins urgentistes confrontés à la recherche de solutions pour les patients en sortie de structure des urgences.²⁵³

Cette base de données dynamique est administrée par l'Agence du numérique en santé (ANS). Celle-ci affiche l'ambition d'unifier le répertoire national et les répertoires régionaux en un seul dispositif d'ici à la fin de 2025.

En ce qui concerne la médecine d'urgence, le répertoire national de l'offre a vocation à constituer le registre unique et actualisé en continu de la capacité en lits des établissements de santé (lits installés, fermés et disponibles). Les données d'occupation et de disponibilité sont, soit encore saisies manuellement par les établissements de santé, soit communiquées automatiquement par des logiciels de gestion des lits. La fréquence d'actualisation varie selon les activités. Pour les soins critiques, une actualisation est attendue *a minima* quotidiennement, hors crise, et deux fois par jour en période de tension.

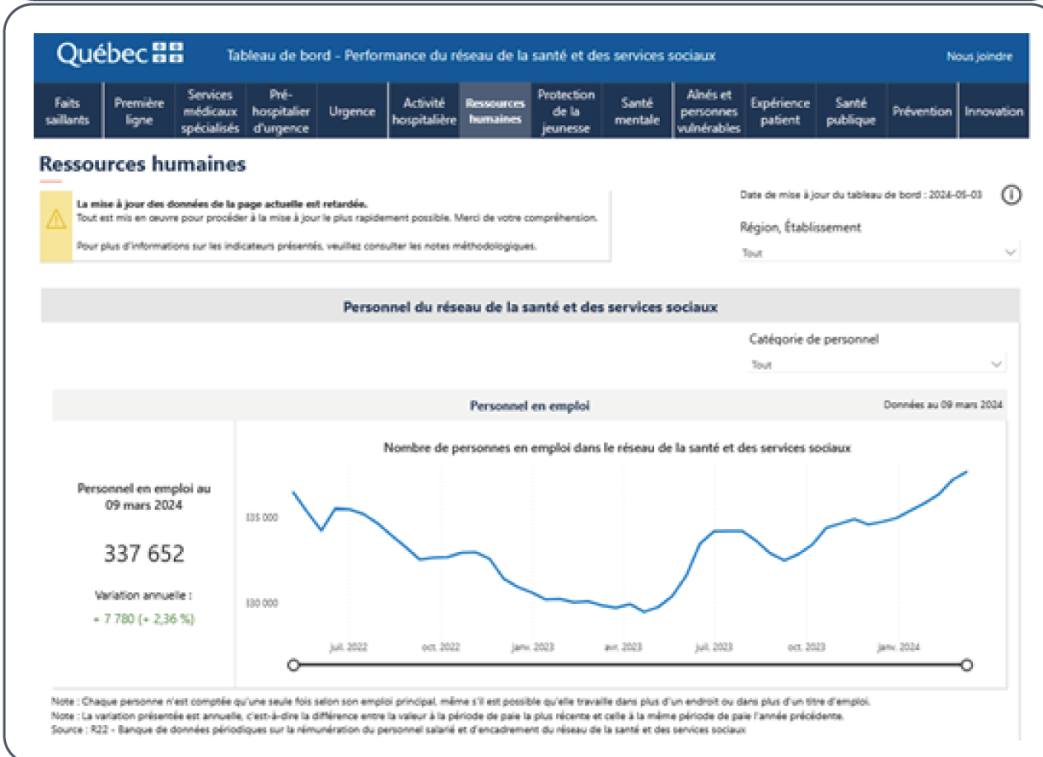
La simplification que promet le futur répertoire national unifié exige que sa mise en place fasse l'objet d'une attention ferme de la part du ministère, afin d'éviter que les obstacles qui ont fait échouer de nombreux projets aussi prometteurs, comme celui du logiciel de gestion unifié des Samu, se reproduisent. Il doit constituer le tableau de bord minimal et indispensable aux autorités nationales, de nature à les renseigner à tout instant, selon les nécessités, sur le niveau de sollicitation et de réponse des structures des urgences.

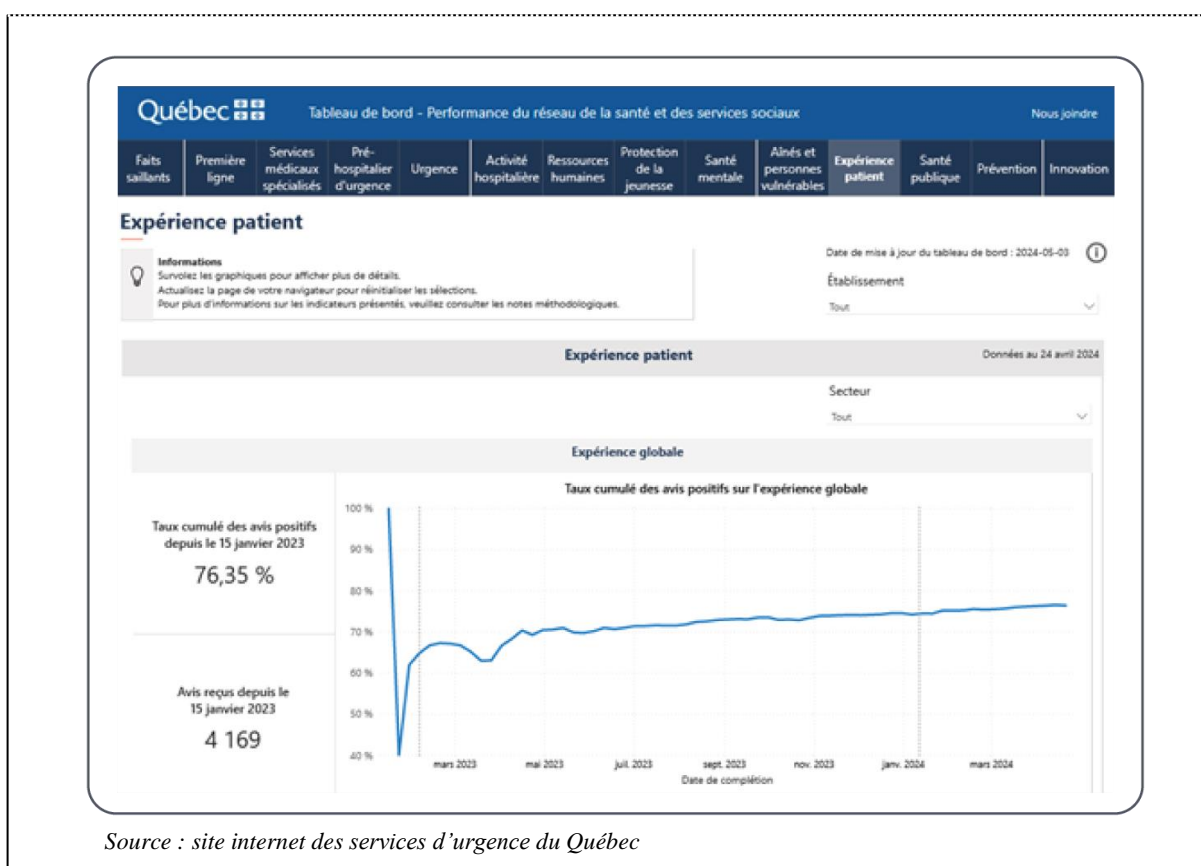
Les tableaux de bord concernant la médecine d'urgence accessibles en ligne au Québec

Si le fonctionnement des services d'urgence connaît ses propres difficultés au Québec comme dans la plupart des pays occidentaux, cette province du Canada – compétente sur les sujets de santé – démontre qu'il est possible de partager une information très étoffée, actualisée en continu, d'une part, entre administrations, établissements et professionnels de santé, d'autre part, avec le public. Il conviendrait que les récents travaux entre le ministère et la Fédoru, fondés sur un partenariat de plus en plus actif, puissent déboucher rapidement sur l'élaboration d'un tel tableau de bord accessible au public.

²⁵³ L'assise réglementaire du ROR national a ainsi été établie par le décret du 17 novembre 2023 et l'obligation d'y porter les informations requises imposée aux établissements de santé par le décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence.

Schéma n° 3 : performance du réseau de la santé et des services sociaux





II - Une réforme du financement ambitieuse mais appliquée timidement

La réforme du financement de la médecine d'urgence a été décidée à la suite du rapport « *Pour un pacte de refondation pour les urgences* » de 2019 qui a mis en évidence que les passages aux urgences de faible gravité et nécessitant peu de soins étaient sensiblement mieux financés que les cas les plus lourds dont l'accueil était pourtant le plus justifié (cf. annexe n° 6).

Le nouveau dispositif a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 et est entré vigueur en plusieurs étapes à partir de mars 2021. Il est composé de trois fractions :

- une « dotation populationnelle » qui représente 53 % de l'enveloppe nationale, dont l'attribution aux établissements est individualisée par les agences régionales de santé ; elle est censée couvrir les frais fixes des structures des urgences au regard des besoins de la population concernée ;
- une part, fonction de l'activité, dont l'enveloppe nationale représente 45 % du coût attendu de l'activité des urgences et qui repose sur la facturation des forfaits « urgences » pour les passages non suivis d'hospitalisation ;

- une dotation en fonction de la qualité qui représente 2 %²⁵⁴ du financement prévisionnel des urgences au niveau national, versée en fonction d'indicateurs fixés chaque année par le ministère.

Pour chaque établissement, les proportions indiquées ci-dessous sont susceptibles de varier sensiblement, en particulier en fonction du niveau de dotation populationnelle allouée et du niveau d'activité constaté.

Cinq forfaits, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, tiennent compte de l'âge des patients et de l'intensité de leur prise en charge²⁵⁵.

En outre, un forfait « patient urgences » (FPU) se substitue à l'ensemble des tickets modérateurs et participations qui étaient précédemment acquittés par les patients lors d'un passage aux urgences non programmé non suivi d'hospitalisation²⁵⁶. Ce forfait simplifie et uniformise la participation du patient, permettant de diminuer les coûts de gestion des hôpitaux et d'améliorer son recouvrement.

Le coût d'un passage dans les urgences publiques estimé par la DGOS

Dans le cadre de la refonte du modèle de financement présenté *infra*, la DGOS a élaboré une grille pour détailler le besoin financier d'une structure des urgences en fonction du nombre de passages qu'elle assume, hors hospitalisation. Elle prend en compte le nombre d'équivalents-temps plein de médecins, d'infirmiers, de cadres de santé, d'aides-soignants nécessaires en fonction du nombre de passages annuels dans le service, en déduit un coût auquel s'ajoute un coût de structure. Ces besoins ont été estimés avec les fédérations professionnelles.

En 2021, une structure des urgences accueillait, en moyenne, 33 000 passages par an. Le coût moyen de passage dans un établissement public de santé (et dans un établissement de santé privé à but non lucratif où le corps médical est principalement salarié) a été estimé, selon la méthode ci-dessus retenue par la DGOS, à 224 €. En deçà de ce niveau d'activité moyen, le coût unitaire augmente légèrement ; au-delà de ce niveau d'activité, le coût baisse légèrement, du fait des économies d'échelle, tout en restant proche de 224 €.

Pour des raisons tenant à la rémunération des médecins libéraux dans le secteur privé à but lucratif, distincte de celle de l'établissement d'exercice, l'utilisation d'un référentiel unique n'est pas possible. Tout au plus peut-on diviser la masse financière que représentent les financements publics versés au secteur privé lucratif au titre des structures des urgences et des Smur (les données ne distinguent pas les deux pour le privé) par le nombre de passages dans ces établissements, en considérant que les financements accordés pour l'activité des Smur représentent environ un million d'euros (un seul établissement étant concerné). La dépense de l'assurance maladie par passage dans les urgences privées s'établit alors à environ 178 €, honoraires versés au corps médical libéral inclus.

²⁵⁴ Lors de sa conception, mais en 2023, il n'a représenté que 1 % des financements.

²⁵⁵ Un forfait de base dépendant de l'âge du patient, majoré lorsque le patient est arrivé en ambulance ou selon la lourdeur de la prise en charge (estimée à l'aide de la classification clinique des malades aux urgences ou CCMU) ; un forfait versé en cas de recours à l'avis d'un spécialiste lors du passage aux urgences ; un forfait dépendant de l'âge du patient, versé en cas d'examen de biologie ; deux forfaits en cas d'examen d'imagerie (conventionnelle et coupe).

²⁵⁶ La réforme a prévu un forfait de droit commun et un forfait minoré. Le montant de ces forfaits est ajusté de manière à reproduire les masses financières de tickets modérateurs constatées dans le financement antérieur.

A - La priorité donnée à une transition douce

Dans son principe, la dotation populationnelle a vocation à orienter la capacité en médecine d'urgence vers une offre homogène au niveau national. Le choix a été fait de rendre cette évolution très progressive en partant des nécessités de financement des structures existantes plutôt que de calibrer les dotations régionales sur les objectifs à atteindre en termes de capacité et de répartition territoriale. Au cours des premières années du nouveau régime, les règles d'attribution sont donc essentiellement conservatrices.

L'enveloppe fixée au niveau national est répartie entre les agences régionales de santé et calculée selon une régression mathématique faisant jouer les caractéristiques démographiques²⁵⁷ de chaque territoire à l'échelle départementale. Une dotation modélisée ou théorique est ainsi obtenue. Cette dernière est ensuite comparée aux recettes historiquement perçues et non liées à l'activité²⁵⁸ (dite « dotation de base »).

Pour chaque région, l'écart entre la dotation de base et la dotation modélisée est calculé. Quand la dotation modélisée est plus élevée, la dotation allouée à la région augmente progressivement pendant cinq ans pour atteindre la dotation cible. Quand la dotation modélisée est moins élevée, la dotation de la région concernée ne baisse pas et demeure au niveau de la dotation de base.

L'enveloppe nationale est donc calculée de telle manière qu'aucune dotation régionale ne diminue mais que certaines augmentent. Le tableau en annexe n° 9 indique les dotations populationnelles et les rattrapages à effectuer. La Corse, la Guadeloupe, l'Île-de-France, les Hauts-de-France, la Martinique, l'Occitanie et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur voient leur enveloppe stabilisée tandis que les autres régions bénéficient d'une augmentation.

B - Une diversité de composantes

L'enjeu financier de l'activité de médecine d'urgence ne peut pas être mesuré de manière exhaustive et repose sur une part d'estimation. Certes, la dotation populationnelle versée aux établissements pour couvrir les coûts fixes de leur structure des urgences, la facturation des séjours hospitaliers aux urgences (intégralement en unités d'hospitalisation de courte durée, UHCD) ainsi que la dotation en fonction de la qualité de l'activité sont connues ; il en va de même des forfaits versés par l'assurance-maladie aux établissements de santé et aux médecins libéraux en fonction des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et du forfait individuel facturé aux patients et à leur mutuelle.

Cependant, le financement relatif aux passages aux urgences suivis d'hospitalisation dans un autre service de l'établissement, soit directement, soit après un premier séjour

²⁵⁷ Sont pris en compte en ordre, pour le territoire concerné : les caractéristiques de la population ; les caractéristiques du territoire ; les caractéristiques de l'offre de médecine de ville ; les caractéristiques de l'offre de médecine d'urgence ; les caractéristiques de l'état de santé de la population.

²⁵⁸ Sont retenus : les dotations 2020 des forfait FAU et FAI ; les MIG « Smur » et « Aide médicale urgente en milieu périlleux » ; le ticket modérateur Smur ; un pourcentage du financement des forfaits ATU par l'assurance maladie ; la moitié des financements de l'assurance maladie au titre des prises en charge au sein d'une UHCD non suivies d'hospitalisation dans l'établissement (ce dernier item car la réforme prévoit de rediriger une partie du financement des tarifs MCO vers cette dotation).

d'hospitalisation de courte durée aux urgences, ne peut pas être chiffré directement. En effet, ces passages ne sont facturés à l'assurance maladie par les établissements qu'au titre du séjour dans le service hospitalier d'accueil. Pour les patients passés par la structure des urgences et hospitalisés directement dans un autre service de l'établissement, sans avoir été hospitalisés en UHCD, la DGOS évalue la quote-part du GHS destinée à couvrir ce passage à partir des données de coût moyen d'un passage aux urgences, en cohérence avec la méthode de l'étude nationale des coûts utilisée par l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH). Pour les patients d'abord hospitalisés en UHCD puis transférés dans un autre service de l'établissement, la DGOS affecte une quote-part des séjours correspondants, au vu des données enregistrées dans le PMSI²⁵⁹.

Le total, pour 2023, a été évalué par la DGOS à 5 597 M€, par l'addition des éléments suivants (le détail des lignes est présenté en annexe n° 8) :

- dotation populationnelle (3 178 M€) ;
- dotation en fonction de la qualité (79 M€) ;
- forfaits versés par l'assurance-maladie aux établissements de santé et aux médecins libéraux en fonction des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (780 M€) ;
- forfait individuel facturé aux patients et à leur mutuelle (285 M€) ;
- financement issu des séjours hospitaliers (intégralement en UHCD, en UHCD et dans les services d'autres spécialités, uniquement dans les services d'autres spécialités) et, le cas échéant, des honoraires associés des urgentistes libéraux (1 259 M€) ;
- forfaits de permanence des soins en établissements de santé des urgentistes libéraux (16 M€).

Le coût supporté par l'assurance maladie (part des patients et de leurs mutuelles soustraite) s'est élevé, selon ces calculs, à 5 312 M€ en 2023, ce qui a représenté 5,17 % de l'enveloppe de l'Ondam affectée aux soins en établissements de santé²⁶⁰.

1 - Une connaissance peu précise de l'activité des établissements

À l'échelle des établissements, la donnée hospitalière concernant les urgences n'est pas suffisamment fiable. Ce qui a été montré pour les données d'activité peut l'être aussi pour les données de facturation. En effet, sauf cause bien identifiée, soit conjoncturelle, soit structurelle, la répartition par niveau de gravité des passages aux urgences dans un établissement n'a pas de raison de s'éloigner considérablement de la moyenne ni d'évoluer soudainement d'une année sur l'autre.

Or, les données font apparaître des structures des urgences où ces proportions ne peuvent provenir que d'anomalies, fortuites ou volontaires, avec des conséquences importantes en

²⁵⁹ La Drees signale que le passage initial par les urgences dans les séjours hospitaliers facturés n'est pas très précisément mentionné dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La DGOS indique être en mesure de corriger ce biais en recourant aux données des résumés de passages aux urgences.

²⁶⁰ 102,8 Md€, hors covid-19, selon l'avis du comité d'alerte n° 2024-1 sur le respect de l'objectif national de l'assurance maladie en date du 15 avril 2024.

termes de financement. A cet égard, la grande dispersion de la part de passages aux urgences faisant l'objet d'une demande de supplément pour les CCMU 3, 4 et 5 (équivalent à 19,72 € par passage²⁶¹) attire l'attention. Certains établissements en déclarent près de 100 %, alors que les CCMU 3, 4 et 5 concernent des cas graves qui ne représentent en moyenne que 10,8 % des passages aux urgences²⁶², quand d'autres en déclarent 0 % ou très peu.

Ainsi, quelques établissements touchent des suppléments dans une proportion qui justifie de vérifier qu'ils ne sont pas indus²⁶³, d'autres au contraire ne touchent pas des ressources auxquelles ils pourraient prétendre²⁶⁴.

2 - Des données de facturation peu fiables

Avant la réforme des années 2020-2022, le financement des urgences reposait principalement sur l'activité enregistrée (en fonction du nombre de passages et des actes accomplis). Cette méthode a été remplacée par une rémunération principalement forfaitaire, modulée cependant selon le nombre et le type de patients et le niveau de soins. Alors que les données de facturation devraient aujourd'hui être parfaitement cohérentes avec celles figurant dans le résumé de passage aux urgences, deux circuits de collecte des informations coexistent au sein des établissements, ce qui crée des divergences notables entre les deux bases de données : celle de suivi de l'activité médicale en fonction de laquelle, entre autres, sera modulée la dotation populationnelle attribuée par l'agence régionale de santé, et celle de facturation à l'activité, à l'assurance maladie. Ces différences ne sont pas détectées, et encore moins recherchées, par les autorités compétentes, agences régionales de santé et caisses principales d'assurance maladie, malgré les enjeux financiers qui s'y attachent.

**Tableau n° 2 : comparaison entre données d'activité (RPU)
et données de facturation (2022)**

Établissement	Proportion des CCMU 2 dans l'ensemble des RPU (données d'activité)	Part des compléments CCMU 2+ facturés dans les passages non suivis d'hospitalisation
Établissement A (GHI)	0,0 %	99,0 %
Établissement B (CHG)	76,0 %	91,0 %
Établissement C (clinique)	53,9 %	89,0 %
Établissement D (CHI)	54,8 %	88,0 %
Établissement E (clinique)	36,5 %	86,0 %

GHI : groupement hospitalier intercommunal ; CHG : centre hospitalier général ; CHI : centre hospitalier intercommunal
Sources : Cour des comptes d'après les données des RPU (ARS Ile-de-France) et les données de facturation (DGOS)

²⁶¹ 22,91 € dans les DOM.

²⁶² Fédor, Panorama de 2022.

²⁶³ *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, Cour des comptes, octobre 2023.

²⁶⁴ Sur les 342 établissements de la base de la DGOS consultée qui déclarent moins de 5 % de suppléments CCMU 3, 4 et 5, seulement 15 sont des hôpitaux privés (dits « ex-OQN »).

Le tableau ci-dessus met en évidence l'incohérence entre les déclarations d'activité et la facturation de quelques établissements. En effet, la part des compléments en CCMU2+ ne peut qu'être inférieure à la part des passages aux urgences déclarée en CCMU 2.

Dans les déclarations présentées ci-dessus, la proportion des CCMU 2+ justifiant la facturation est toujours nettement supérieure à la part des CCMU 2 des résumés de passages aux urgences et bien supérieure à la part moyenne constatée au niveau national des CCMU 2+ parmi les CCMU 2 (7 %).

Le projet de nouveau résumé de passage aux urgences évoqué *supra*, en attente d'arbitrage final sur son contenu et sur sa mise en œuvre, comporte tous les éléments nécessaires à la facturation et permettrait de mettre fin au double circuit administratif. L'impératif de fiabilité des données de facturation s'ajoute donc aux motifs de mise en œuvre sans délai du nouveau référentiel de données d'activité.

Outre le principe de double flux issu des établissements hospitaliers et en supposant que la fiabilité des données soit améliorée, l'exploitation des données au niveau national est entravée par le fait que la facturation à l'activité obéit à deux logiques distinctes :

- en l'absence d'hospitalisation à l'issue du passage aux urgences, un forfait est facturé à l'assurance maladie en fonction de l'âge, de la complexité du cas et des actes réalisés ; le forfait est versé à l'établissements de santé lui-même dans le secteur « ex-DG »²⁶⁵ (secteur public et secteur privé sans but lucratif), et directement aux médecins libéraux dans les établissements de santé privés du secteur « ex-OQN »²⁶⁶ (essentiellement établissements privés à but lucratif) ;
- si le patient est hospitalisé dans le prolongement de son passage aux urgences, aucun forfait n'est versé et seul le séjour hospitalier, traité comme l'ensemble des séjours hospitaliers de l'établissement, est facturé et enregistré dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'assurance maladie.

Cette distinction complique l'analyse des coûts et l'évaluation de l'efficacité des soins d'urgence par les autorités de santé²⁶⁷, d'autant plus que les données de facturation ne peuvent pas être appariées aux informations enregistrées dans le résumé de passage aux urgences ; en effet, le résumé de passage aux urgences ne comporte pas le numéro d'identification au répertoire (NIR) du patient, communément appelé numéro de sécurité sociale.

3 - Des contrôles indispensables

La réforme du financement vise à améliorer la couverture financière des actes nécessités par les passages aux urgences les plus complexes. Les CCMU dits « 2+ » et des CCMU 3, 4 et 5 sont désormais correctement financés mais, pour les CCMU 1 et 2, les revenus d'activité ne

²⁶⁵ Cette catégorie d'établissements, avant la création de la tarification à l'activité en 2004, était financée par une « dotation globale » de crédits de l'assurance maladie.

²⁶⁶ Cette catégorie d'établissements, avant la création de la tarification à l'activité, était financée en fonction d'un « objectif quantifié national » de soins dispensés.

²⁶⁷ Au sein de l'établissement de santé, en comptabilité analytique, une quote-part du GHS est réaffectée à l'activité des urgences mais cette réaffectation, à usage interne, n'est pas connue de l'assurance maladie.

permettent pas à l'hôpital de compenser ses coûts. La tentation de surcoter des passages aux urgences existe donc.

Les objectifs de la réforme du financement ne pourront être atteints que si des contrôles sont réalisés et si les anomalies intentionnelles sont sanctionnées. Ces contrôles ne sont pas organisés aujourd'hui. Ils sont même quasi impossibles, en raison des flux parallèles et non recoupés des données d'activité et de financement :

- l'agence régionale de santé utilise pour son pilotage des données issues des résumés de passage aux urgences dont les faiblesses ont été signalées *supra* ;
- les données de facturation pour les établissements publics de santé et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif sont compilées par l'ATIH à partir de l'activité déclarée par les hôpitaux puis envoyées une fois par mois à l'agence régionale de santé pour l'établissement des arrêtés de facturation, sans alerte sur des éventuelles anomalies, arrêtés eux-mêmes adressés pour paiement à l'assurance maladie ;
- les établissements privés à but lucratif, quant à eux, facturent directement à l'assurance maladie les actes non liés à une hospitalisation ; l'agence régionale de santé et l'ATIH n'en ont donc pas connaissance.

Des incohérences apparaissent lorsque l'on compare les données de facturation avec supplément dans les catégories CCMU 3, 4 et 5 et les déclarations d'activité (RPU) des hôpitaux présentant un nombre élevé de suppléments.

**Tableau n° 3 : comparaison entre données de facturation et données du RPU
de trois établissements de santé de la région Ile-de-France,
pour les CCMU 3, 4 et 5, en 2022**

Établissement de santé	Taux de CCMU 3, 4 et 5 avec supplément facturés (passages non suivis d'hospitalisation)	Taux de CCMU 3, 4 et 5 selon les RPU (données d'activité)
Établissement privé A	93,0 %	71,6 %
Établissement privé B	91,0 %	83,9 %
Établissement public C	71,0 %	2,3 %

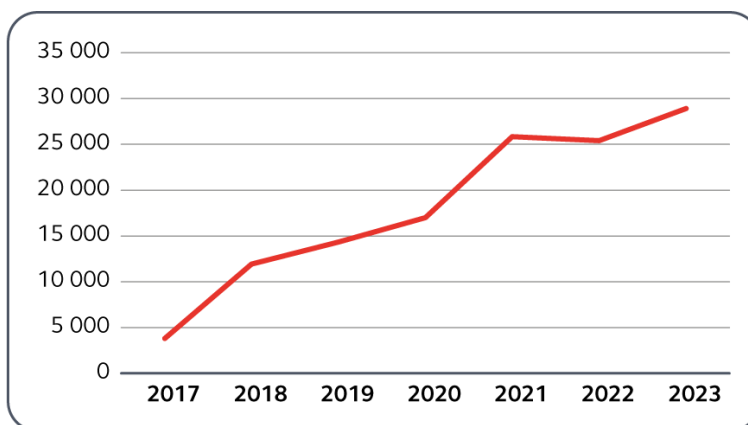
Sources : Cour des comptes, d'après données DGOS, et ARS Île-de-France

La dispersion des données suggère une optimisation des recettes pour certains établissements et, à l'inverse, une non perception de recettes dues, pour d'autres, en raison d'une sous-déclaration. La part de suppléments CCMU 3, 4 et 5 varie, selon les établissements, entre 0 % et 100 %, avec une moyenne à 10 % et un écart-type, élevé, de 14 %. Or, il est peu probable, ou même impossible, que des structures des urgences ne reçoivent jamais de patients relevant des catégories 3, 4 et 5 tandis que d'autres structures ne recevraient que des patients qui nécessitent ce niveau de soins.

On observe parallèlement que le nombre de CCMU 3, 4 et 5 a sensiblement augmenté depuis la mise en place de la réforme du financement. Pour la seule CCMU 3, l'Oru Occitanie

estime à 12 % leur progression, de 2021 à 2022, dans sa région. Les données ci-dessous d'un hôpital privé contrôlé par la Cour montre une évolution similaire²⁶⁸.

Graphique n° 2 : évolution du nombre de CCMU 3, 4 et 5 d'un établissement de santé privé de la région Île-de-France



Lecture : si le nombre de CCMU 3, 4 et 5 suit une évolution à la hausse, concomitamment à l'augmentation de l'âge de la patientèle, une hausse soudaine du nombre de cas a eu lieu en 2021, année d'entrée en vigueur des nouvelles modalités de financement.

Sources : Cour des comptes d'après les données de l'établissement de santé

C - Une exigence de qualité de service à renforcer

Dans le nouveau dispositif de financement, la part attribuée en fonction de la qualité du service rendu est particulièrement modeste : 2 % théoriquement à l'échelle nationale, 1 % dans les faits en 2023. Son attribution est par ailleurs calculée sur trois critères, dont deux sont éloignés de la qualité des soins délivrés aux patients : l'un sur l'exploitabilité des données du résumé de passage aux urgences (bon recueil des diagnostics principaux et continuité de saisie de la donnée), un sur l'équipage du Smur, quand l'établissement en possède un, et un dernier concernant la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Cette dotation n'est donc pas une rémunération sur objectif visant à s'assurer que chaque structure des urgences respecte un standard de qualité commun, partagé et ambitieux dans la prise en charge de tous les patients et dans son organisation interne.

Le levier de la dotation de soutien à la qualité ne sera efficace que si son poids relatif est accru dans les financements reçus par les établissements. Cet objectif suppose que deux conditions soient satisfaites : des données complètes et fiables sur l'activité des structures des urgences et la construction d'un indicateur reflétant la qualité du service rendu aux patients, conditions non satisfaites aujourd'hui.

²⁶⁸ Sur les 342 établissements de la base de la DGOS qui déclarent moins de 5 % de suppléments CCMU 3, 4 et 5, seuls quinze sont des hôpitaux privés (dits « ex-OQN ») ; les CCMU 3, 4 ou 5 représentent environ 10,8 % des passages (source : Fédor, 2022).

III - Une forte déconcentration régionale au risque d'une excessive diversité

Les nouvelles dispositions législatives ont conféré aux agences régionales de santé une autorité étendue pour faire face aux fermetures de structures d'urgences, grâce à de nouvelles prérogatives en matière d'information et d'autorisations (A). Ces dispositions, couplées à la réforme du financement, offrent aux pouvoirs publics une capacité de réaction et d'organisation susceptibles d'atténuer les conséquences pour la population de ces fermetures soudaines. Toutefois, l'équilibre entre nécessité de déconcentration pour tenir compte de l'infinie variété des situations concrètes et maintien d'une doctrine préservant un minimum d'harmonisation à l'échelle nationale, notamment en termes de procédures décisionnelles, n'est pas encore assuré (B).

A - La prise en compte réglementaire de l'impossibilité de maintenir l'ouverture continue de toutes les structures des urgences

Le principe d'une révision du régime des autorisations d'activité des établissements de santé a été inscrit dans la stratégie « Ma santé 2022 » en septembre 2018, dans l'objectif de mieux graduer les soins (proximité, spécialisés, recours, référence) à différentes échelles territoriales, avec des seuils d'activité pertinents pour la qualité et la sécurité des soins. La révision devait se faire en deux temps : en 2020 pour les activités les plus structurantes (urgences, maternités, réanimation, imagerie, chirurgie) et en 2022 pour les autres. La réforme a commencé par la chirurgie²⁶⁹ et la médecine²⁷⁰ avec des décrets en décembre 2022 entrés en vigueur le 1^{er} juin 2023.

Postérieur à la stratégie « Ma santé 2022 », le Pacte de refondation des urgences (juillet 2019) a retenu l'objectif de « *mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgences et en réformant les transports médicalisés* » (mesure n° 7). Cela partait du constat que la réglementation exigeait systématiquement, sans prise en compte du contexte local, une permanence médicale spécialisée dans chaque service d'urgence et chaque Smur, alors que les contraintes de la démographie médicale imposent des fermetures inopinées de services qui désorganisent la couverture territoriale en soins urgents. L'adaptation des services d'urgence aux fluctuations d'activité a pris deux formes : une autorisation d'antenne de médecine d'urgence ouverte sur une partie des 24 heures et la possibilité, pour les structures des urgences autorisées, de réguler l'arrivée des patients dans certaines circonstances, mesures prévues par deux décrets²⁷¹, déjà cités, pris fin décembre 2023.

Ces décrets imposent deux échéances : la mise en conformité des autorisations de l'activité de médecine d'urgence existante avant le 29 décembre 2025 (dans les 12 mois de la parution du décret) et la mise à jour du plan régional de santé (PRS) avant le 29 juillet 2026

²⁶⁹ Décrets 2022-1765 et 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement des activités de soins en chirurgie, chirurgie cardiaque et en neurochirurgie.

²⁷⁰ Décrets n° 2022-1046 et 2022-1047, définissant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des activités de médecine.

²⁷¹ Décrets n° 2023-1374 et n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatifs, respectivement, aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence.

(dans les 18 mois de la parution du décret). Les autorisations d'antennes de médecine d'urgence, quant à elles, ne pourront être délivrées par les agences régionales de santé qu'après l'actualisation du projet régional de santé et la vérification de la compatibilité des demandes d'autorisation avec celui-ci.

Des difficultés similaires au Danemark

Au Danemark, « tandis que certains services d'urgences sont saturés, d'autres reçoivent moins d'un patient par heure. De nombreux établissements de santé connaissent une pression croissante, souvent expliquée par une pénurie de main d'œuvre ajoutée à des pathologies de plus en plus lourdes à traiter. Par exemple, l'hôpital de Hillerød (40 km au nord de Copenhague) reçoit en moyenne 2,44 patients par heure, quand d'autres établissements sont au contraire concernés par une sous-exploitation des ressources disponibles, avec 0,97 patient par heure en moyenne à Helsingør (50 km au nord de Copenhague). En réaction, les médecins proposent la fermeture de certains services d'urgences, par roulement et à titre expérimental. Les économies réalisées devraient permettre l'augmentation des effectifs et des compétences dans d'autres services où les patients sont plus nombreux. »²⁷²

1 - Les autorisations d'antennes de médecine d'urgence : une doctrine à stabiliser

Bien que la réglementation précise la procédure d'autorisation et les conditions de principe, la mise en œuvre reste à définir par les agences régionales de santé, avec l'avis préalable du comité consultatif d'allocation des ressources – section urgences et Smur (CCAR-U²⁷³). Deux points se révèlent particulièrement sensibles :

- la possibilité pour le directeur général de l'agence régionale de santé de déroger à l'obligation pour un établissement de posséder une autorisation de Smur pour créer une antenne de médecine d'urgence ;
- l'obligation pour le titulaire d'une autorisation d'antenne de médecine d'urgence de constituer ou de participer à une équipe commune avec un ou plusieurs établissements autorisés *via* une convention formalisée.

Ces exigences seront relativement aisées à satisfaire lorsqu'un établissement tête de réseau, comme un CHU, souhaitera transformer en antenne de médecine d'urgence une structure des urgences peu active la nuit ou qu'il ne parvient pas à faire fonctionner en continu par manque de personnel. Elles le seront probablement beaucoup moins pour les établissements de santé isolés, publics ou privés, qui n'appartiennent pas à un réseau préétabli. Il conviendra d'éviter que des structures des urgences, fonctionnant aujourd'hui de manière partielle, de jour notamment, soient contraintes de cesser toute activité, surtout si la population n'a pas d'autre recours à proximité, parce qu'elles n'auraient pas la possibilité de s'associer à une structure

²⁷² *Chroniques nordiques*, Service régional des affaires sociales, de la santé et de l'emploi, ambassades de France en Suède, Norvège, Finlande et au Danemark, n° 101, janvier 2024.

²⁷³ Le décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation a créé, auprès de chaque ARS, un comité régional consultatif d'allocation des ressources relatif aux activités d'urgence, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 ; cette disposition a été insérée au code de la sécurité sociale, art. R. 162-29.

d'urgences de plein exercice ou parce que leur personnel médical n'accepterait pas de partager son temps de travail dans un autre établissement, de statut similaire ou différent, en constituant une équipe commune.

Sur un plan pratique, la gestion des parcours de patients sollicitant une antenne de médecine d'urgence pendant son horaire d'ouverture et dont l'état nécessite le maintien pour examen ou observation au-delà de l'horaire de fermeture demeure entière. Elle ne se pose pas dans les structures des urgences qui conservent un potentiel d'hébergement en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) en dehors des heures d'ouverture.

2 - Des leviers financiers de la régulation des services d'urgences à harmoniser

Indépendamment de la création d'antennes de médecine d'urgence pour autoriser de manière stable le fonctionnement non permanent, sur 24 heures, de services d'urgence, les décrets de décembre 2023 ont donné un cadre juridique et posé des conditions aux fermetures partielles ou totales auxquelles peuvent être contraintes certaines structures d'urgences, de manière exceptionnelle, le plus souvent par manque temporaire de personnel médical ou paramédical.

Dans les deux situations, délivrance d'une autorisation d'antenne de médecine d'urgence ou autorisation temporaire de régulation ou de fermeture partielle, la décision du directeur général de l'agence régionale de santé comportera des effets financiers, au travers du montant de dotation populationnelle allouée aux établissements concernés. L'ajustement de cette dotation au niveau de service rendu devra reposer sur des données objectives, la dotation ayant vocation à financer les charges fixes de la structure qui, par définition, ne sont pas directement proportionnelles à l'intensité de l'activité ou à la durée de son ouverture quotidienne.

Les nouvelles règles de financement permettront, tantôt, de soutenir une structure dont la présence est nécessaire dans une zone géographique sous-dotée, même si son activité est modeste, tantôt de moduler à la baisse les financements alloués à une structure présente dans un secteur bien doté et qui réduirait son offre de soins dans un but de rentabilité, faisant peser sur les autres structures les coûts fixes d'une ouverture continue. Les fermetures sans préavis de plusieurs structures d'urgences, notamment d'établissements privés, au cours de l'été 2024, confirment la nécessité de tels ajustements à l'appui de l'organisation territoriale de la médecine d'urgence.

Le levier financier à la main de l'agence régionale de santé est puissant. Il conviendra, toutefois, qu'il ne puisse pas être considéré comme discrétionnaire, trop imprévisible ou hétérogène selon les régions, les groupes d'établissements pouvant difficilement s'accommoder d'aléas sur une proportion significative de leur financement.

B - Une application régionale aux effets ambigus

La réforme du financement de la médecine d'urgence a déconcentré la répartition entre établissements de l'enveloppe régionale de dotation populationnelle, faisant de cette dotation un levier de structuration de l'offre de soins sur le territoire.

Pour ne pas modifier trop brutalement les moyens et de fonctionnement des structures des urgences²⁷⁴, les agences régionales de santé ont été invitées à utiliser des paramètres homogènes pour apprécier les besoins des établissements et à ne moduler qu'à la marge les dotations, sans jamais les réduire et en ne jouant que sur la répartition du supplément reçu.

Les agences régionales de santé se sont inégalement dotées des moyens de connaître l'activité et les paramètres médico-économiques des établissements hospitaliers de leur ressort. Certaines disposent de tableaux de bord et d'indicateurs précis²⁷⁵ et sont en mesure de piloter quantitativement les urgences. Pour ce faire, elles s'appuient fortement sur leur observatoire régional des urgences auquel elles apportent des moyens de fonctionnement, et sur le groupement régional d'appui au développement de l'électronique en santé²⁷⁶ de leur ressort.

La doctrine régionale de répartition des dotations est soumise à l'avis du comité consultatif d'allocation des ressources – section urgences et Smur (CCAR-U, précité), composé de représentants des établissements de santé, des associations professionnelles des médecins-urgentistes et des usagers. Les comités consultatifs d'allocation des ressources sont qualifiés d'organes de la « démocratie sanitaire » mais leur composition est surtout représentative de l'offre de médecine d'urgence et ne laisse qu'une place restreinte aux usagers, à la médecine de ville ou aux autres services de l'hôpital, alors que les principales difficultés des urgences et leurs solutions sont liées à l'amont et à l'aval de ces structures.

Tableau n° 4 : composition du CCAR-U dans cinq régions

ARS	Nombre de membres	Représentants des établissements	Représentants des médecins urgentistes	Représentants des usagers
Île-de-France	21	12	6	3
Normandie	14	8	4	2
Nouvelle-Aquitaine	17	10	5	2
Occitanie	17	10	5	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17	10	5	2

Sources : Cour des comptes, d'après les arrêtés de composition des ARS concernées et les données de l'ARS Île-de-France

Cette composition se traduit dans les premiers avis rendus, très conservateurs de la répartition préexistante de l'activité sur un territoire. En Île-de-France, au moment de la

²⁷⁴ Dans une période de transition, en 2022, le ministère a demandé aux ARS de s'appuyer sur un « référentiel de ressources » commun qu'il leur a fourni pour qu'elles calculent la dotation populationnelle à verser à chaque établissement, pour que cette dernière, ajoutée aux revenus d'activité eux-mêmes modifiés, couvrent leurs charges de fonctionnement.

²⁷⁵ L'ARS Occitanie se démarque de ses homologues par les ressources qu'elle consacre aux travaux de l'Oru et par l'intensité de son partenariat avec celui-ci et avec l'Anap.

²⁷⁶ Les GRADeS ont pour mission d'assurer l'urbanisation, l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information des établissements de santé, de fédérer les opérateurs sur la stratégie de la santé électronique et de promouvoir les usages en informatique de la santé.

présente enquête, l'enveloppe débattue par le comité représentait 3 % de la dotation déléguée à la région, ce qui induit *in fine* des modulations à la marge et beaucoup d'inertie dans les financements pour les établissements, lesquels ont vu, le plus souvent, leurs crédits reconduits, conformément à l'instruction diffusée par le ministère, la première année. Si le directeur général de l'agence régionale de santé n'est pas lié par l'avis du comité consultatif d'allocation des ressources, il lui est difficile de le contredire, sauf circonstance particulière. Sept agences régionales de santé sur les 12 ayant répondu au questionnaire de la Cour ont indiqué que cet avis était toujours suivi.

Un quart des agences régionales de santé a choisi de reconduire les dotations historiques²⁷⁷, tandis qu'un autre quart a introduit une modulation marginale des financements aux termes d'un compromis avec le CCAR-U. La moitié des agences régionales de santé ont mis en place une modulation du supplément de financement attribué dans la dotation régionale (rattrapage, cf. *supra*), fondée sur des indicateurs ou des appels à projets approuvés par le CCAR-U.

Le caractère récent de la réforme, la sensibilité de la répartition de la dotation populationnelle, les risques de déséquilibre économique que sa variation peut engendrer, l'insuffisance des données collectées dans certaines régions et la charge de travail pour les agences régionales de santé expliquent la prudence observée dans cette évolution. Il demeure que l'outil a été conçu en premier lieu pour adapter l'offre de soin aux besoins de la population et que, sauf à considérer que la situation actuelle est la meilleure possible, sa neutralisation ne devrait pas se prolonger.

La diversité des critères d'attribution constitue un risque relevé par plusieurs agences régionales de santé : aucun groupe de cliniques privées n'a attaqué les arrêtés de répartition de la dotation populationnelle mais certains d'entre eux, présents dans plusieurs régions, critiquent les différences de traitement de leurs structures des urgences par rapport aux établissements publics.

²⁷⁷ L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, par exemple.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La connaissance précise de l'activité des structures des urgences est une condition de l'optimisation des moyens disponibles et de l'amélioration du service rendu à la population par ces structures hospitalières. Elle repose sur diverses bases de données alimentées par les établissements de santé qui souffrent, aujourd'hui, d'une fiabilité insuffisante et de leur cloisonnement. Cet éparpillement augmente la charge de travail pour l'enregistrement des données et nuit aux contrôles de cohérence, tant de la description de l'activité que de son financement. Il réduit la capacité d'orientation et de pilotage de l'offre de soin au niveau national et au niveau régional, tandis que, simultanément, la réforme du financement des urgences qui affiche des objectifs structurels nécessaires et ambitieux, est elle-même différée dans ses effets concrets. Les nombreuses mesures adoptées sur le fondement du Pacte de refondation des urgences peinent ainsi à produire des effets perceptibles à la hauteur des difficultés à régler, à l'exception de la régulation à l'entrée que l'insuffisance de ressource médicale impose, parfois de manière soudaine, en contradiction avec la raison d'être de cette offre médicale.

Les paramètres incitatifs pris en compte dans la réforme du financement sont, dans leur principe, adaptés aux objectifs mais leur pondération trop faible et les réticences avec lesquelles ils sont mis en œuvre privent ce levier d'effet à la mesure des transformations nécessaires, et l'insuffisance des contrôles laisse perdurer des points de fuite préoccupants.

Dans ce contexte, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 8. achever la nouvelle version du résumé du passage aux urgences en la liant au programme de médicalisation des systèmes d'information pour, à la fois, suivre l'activité et fonder la facturation (ministre de la santé et de l'accès aux soins, ATIH, Cnam) ;*
 - 9. pour faciliter l'orientation, la prise en charge et le suivi des personnes se présentant aux urgences, interfacer les données des résumés de passages aux urgences avec : a) les données enregistrées par les Smur ; b) les données enregistrées par les Services d'accès aux soins et les Centres 15-Samu ; c) les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (ministre de la santé et de l'accès aux soins, ATIH) ;*
 - 10. contrôler systématiquement la cohérence entre les déclarations des établissements destinées au suivi de l'activité sanitaire et les cotations des passages aux urgences destinées à la facturation (ministre de la santé et de l'accès aux soins, ATIH, Cnam) ;*
 - 11. mettre à la disposition des usagers, en continu, les données concernant les urgences, telles que les structures ouvertes à proximité, le temps d'attente observé, le nombre de passages, les services fermés, etc. (ministre de la santé et de l'accès aux soins)*
-

Liste des abréviations

ADNP.....	Admissions directes non programmées
ARS.....	Agence régional de santé
ATIH.....	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU.....	Accueil et traitement des urgences
BJML.....	Besoin journalier minimal en lits
CACNP.....	Commission des admissions et des consultations non programmées
CCAM.....	Classification commune des actes médicaux
CCAR.....	Comité régionaux consultatifs d'allocation des ressources
CCMU.....	Classification clinique des malades des urgences
CHI.....	Centre hospitalier intercommunal
CHG.....	Centre hospitalier général
CHU.....	Centre hospitalier universitaire
CMSI.....	Centre médical de soins immédiats
Cnam.....	Caisse nationale d'assurance maladie
CNG.....	Centre national de gestion
Cnom.....	Conseil national de l'ordre des médecins
CNSP.....	Centre de soins non programmés
CPAM.....	Caisse principale d'assurance maladie
CPOM.....	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS.....	Communauté professionnelle territoriale de santé
DAC.....	Dispositif d'appui à la coordination
Daum.....	Dispositif d'accompagnement pour les utilisateurs multiples des urgences
DES.....	Diplôme d'études spécialisées
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soin
DMS.....	Durée moyenne de séjour
Drees.....	Direction de la recherche de l'évaluation, des études et de la statistique
EIGS.....	Événements indésirables graves associés aux soins
EMLG.....	Équipe mobile de liaison gériatrique
Fédoru.....	Fédération des observatoires des urgences
FHF.....	Fédération hospitalière de France ;
FHP.....	Fédération de l'hospitalisation privée
Finess.....	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR.....	Fonds d'intervention régional
FPH.....	Fonction publique hospitalière
FPU.....	Forfait « patient urgences »
GCS.....	Groupement de coordination sanitaire

GHI.....	Groupement hospitalier intercommunal
GHS.....	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GRADeS	Groupement régional d'appui au développement de l'électronique en santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS.....	Haute Autorité de santé
IFSI.....	Institut de formation en soins infirmiers
IOA.....	Infirmier organisateur de l'accueil
IPA	Infirmier en pratique avancée
LBE	Indicateur « lits-brancards estimés »
LFSS.....	Loi de financement de la sécurité sociale
MIG	Mission d'intérêt général
MMG.....	Maison médicale de garde
MSP.....	Maisons de santé pluriprofessionnelle
NGAP.....	Nomenclature générale des actes professionnels
NIR.....	Numéro d'inscription au répertoire
ONDPS.....	Observatoire national de la démographie des professionnels de santé
Oru	Observatoire régional des urgences
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDSES.....	Permanence des soins en établissement de santé
PH.....	Praticien hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information ;
PPCS	Projet personnalisé de coordination en santé
PRPV.....	Patients relevant potentiellement de la ville
PST.....	Prime de solidarité territoriale
RDR	Résumé de régulation
ROR	Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement social et médico-social
RPIS	Relevé patient intervention Smur
RPU.....	Résumé de passage aux urgences
SAE.....	Statistique annuelle des établissements de santé
Samu.....	Service d'aide médicale urgente
Sas	Service d'accès aux soins
Sdis.....	Service départemental d'incendie et de secours
Smur	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SNDS	Système national des données de santé
TTA.....	Temps de travail additionnel
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

Annexes

Annexe n° 1 : rappel de la genèse et du contenu du Pacte pour la refondation des urgences	116
Annexe n° 2 : nombre et répartition des structures des urgences entre catégories d'établissements de santé au 31 décembre 2022	118
Annexe n° 3 : structures des urgences par catégorie d'établissements, fin 2022	119
Annexe n° 4 : l'effet de la pandémie de covid-19 sur les passages aux urgences.....	120
Annexe n° 5 : le résumé de passage aux urgences, des données essentielles dont la fiabilité n'est pas assurée.....	121
Annexe n° 6 : avant 2021, un mode de financement survalorisant les prises en charge bénignes et n'incitant pas à la régulation.....	123
Annexe n° 7 : financement de l'activité de médecine d'urgence en 2019, avant la réforme du financement des structures des urgences et des Smur	125
Annexe n° 8 : financements de l'activité de médecine d'urgence en 2023, après la réforme du financement des structures des urgences et des Smur	126
Annexe n° 9 : répartition entre les ARS de l'enveloppe de dotation populationnelle (hors mesures « Ségur »)	127
Annexe n° 10 : enrichissement des données dans le projet de troisième version du RPU	128
Annexe n° 11 : recours aux urgences et offre de soins de ville - L'expérimentation conduite par l'ARS des Hauts-de-France.....	130
Annexe n° 12 : l'installation des maisons médicales de garde dans l'enceinte des hôpitaux - Illustrations.....	132
Annexe n° 13 : les équipes gériatriques d'expertise à domicile (EGED) en cours de déploiement dans les Hauts-de-France.....	133
Annexe n° 14 : la continuité infirmière de nuit en Ehpad évaluée par l'Anap en décembre 2023.....	134
Annexe n° 15 : indicateur du potentiel d'hospitalisation en admission directe non programmée des patients âgés de plus de 75 ans.....	136
Annexe n° 16 : la structuration du parcours des patients âgés par le CHRU de Nancy	137
Annexe n° 17 : les tensions sur les lits d'aval et le manque de ressources médicales : illustrations	138
Annexe n° 18 : deux exemples d'ordonnancement territorial des lits.....	139
Annexe n° 19 : la préparation des sorties des patients dits « complexes ».....	140
Annexe n° 20 : effectif des diverses professions non médicales au sein des structures des urgences des établissements inclus dans le périmètre de l'enquête.....	141
Annexe n° 21 : exemples de programme d'extension des surfaces liés à l'augmentation du nombre de passages	142
Annexe n° 22 : évolution nationale de la durée moyenne de passage au sein des structures des urgences (2017-2022).....	143
Annexe n° 23 : effectif des médecins exerçant la médecine d'urgence ou détenteurs de la spécialité de médecine d'urgence.....	144

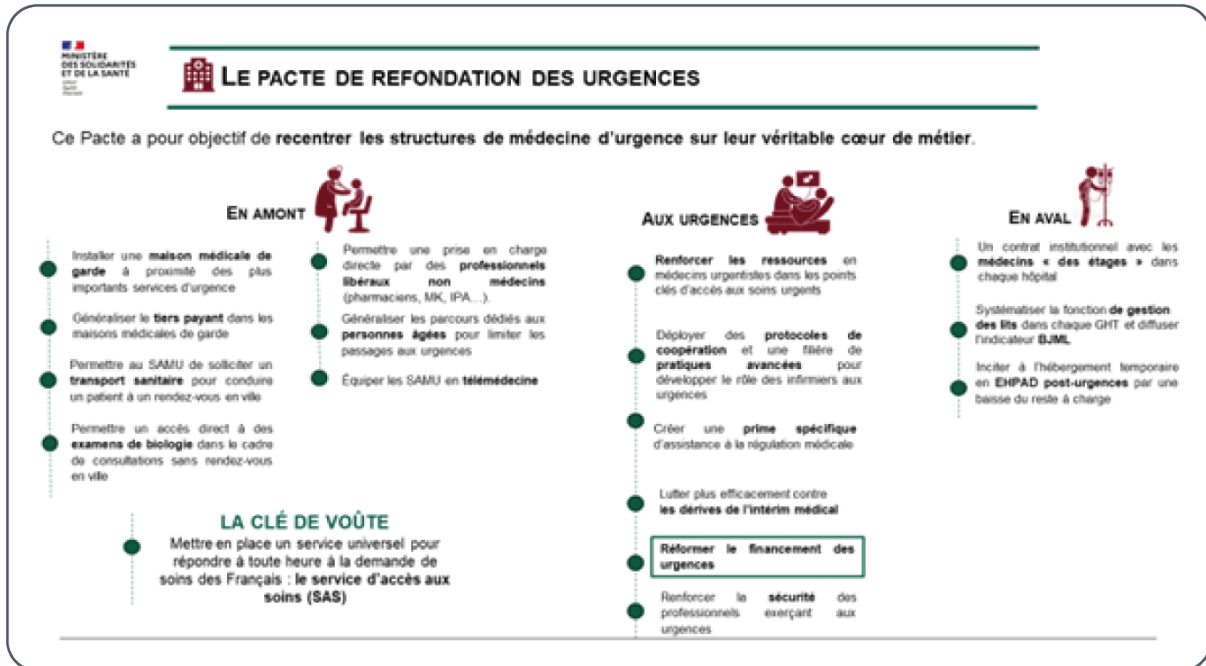
Annexe n° 1 : rappel de la genèse et du contenu du Pacte pour la refondation des urgences

Le « Pacte pour la refondation des urgences » est issu d'un rapport intitulé « *Pour un pacte de refondation des urgences* », composé de deux tomes, remis au ministre de la santé en décembre 2019. Le premier tome est articulé en cinq chapitres : rappel des principes adoptés dans la stratégie "Ma santé 2022" (18 septembre 2018), constat de l'augmentation des passages aux urgences, mesures destinées à améliorer la sélectivité du recours aux urgences, mesures concernant le fonctionnement des structures des urgences, mesures destinées à fluidifier la sortie des urgences, qui se concluent par 28 recommandations. Le second tome rassemble quatre chapitres : les services d'accès aux soins (15 recommandations), la gradation des structures de médecine d'urgence (cinq recommandations), la réforme des transports médicalisés (six recommandations), la formation des médecins urgentistes (six recommandations), la permanence d'accès aux soins (sept recommandations). Au total, la feuille de route préconisée par ce rapport comporte 67 recommandations.

Le "Pacte de refondation des urgences", adopté le 9 septembre 2019 par le ministre de la santé, sur le fondement du travail en cours mais avant l'achèvement du rapport, a retenu les 12 mesures suivantes :

1. la généralisation des Sas (un par département, sauf exception) ;
2. la facilitation de l'accès aux soins en ville sans rendez-vous, en réponse à des besoins urgents non vitaux (maisons de santé, centres de santé, médecins libéraux) ;
3. l'acheminement par le Samu des patients nécessitant des soins d'urgence non vitale en maison médicale de garde et l'extension à celles-ci de la possibilité de tiers payant ;
4. l'extension des habilitations des professionnels de santé non médecin à la prise en charge de patients pour les pathologies les plus courantes (kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmiers) ;
5. l'organisation de dispositifs et parcours destinés à éviter le passage de personnes âgées par les urgences (renforcement du suivi, prise en charge à domicile ou en Ehpad, etc.) ;
6. l'intégration de la vidéo à distance dans les Samu ;
7. la création d'antennes et de structures mobiles de médecine d'urgence ;
8. la valorisation des fonctions d'infirmier aux urgences, le recours aux IPA dans les SAU, l'allocation d'une prime pour les régulations médicales ;
9. la lutte contre les dérives de l'intérim médical (interdiction de cumul des emplois publics, attestations, assurances pour les intérimaires) ;
10. la refonte du régime de financement des urgences (dotation populationnelle, forfaits à l'activité, prise en compte de la qualité) ;
11. le renforcement de la sécurité des professionnels exerçant dans les services d'urgence ;
12. la fluidification de la sortie des urgences par le développement de l'accueil des hospitalisations non programmées, au sein du même établissement ou en dehors de celui-ci, par une gestion des lits dynamique.

Schéma n° 4 : présentation d'ensemble du Pacte de refondation des urgences par le ministère chargé de la santé



Source : ministère des solidarités et de la santé

Annexe n° 2 : nombre et répartition des structures des urgences entre catégories d'établissements de santé au 31 décembre 2022

Tableau n° 5 : structures des urgences par catégorie d'établissements, fin 2022

	Établissements publics	Établissements privés		Ensemble
		à but non lucratif	à but lucratif	
<i>Structures des urgences</i>				
Structures générales	380	31	122	533
Structures générales et pédiatriques	68	2		70
Structures pédiatriques	14	1		15
Ensemble	462	34	122	618
<i>Smur</i>				
Smur général	359	5	1	365
Smur général et pédiatrique	15	0	0	15
Smur pédiatrique	9	0	0	9
Ensemble	383	5	1	389
<i>Samu</i>	100	0	0	100

Note : une structure des urgences est dite générale si elle accueille des adultes et des enfants, et exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. Par exemple, 70 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques ; ils totalisent 140 structures des urgences.

Champ : France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le Service de santé des armées.

Source : Drees, SAE 2022, traitements Drees

Annexe n° 3 : structures des urgences par catégorie d'établissements, fin 2022

Tableau n° 6 : structures des urgences par catégorie d'établissements

	Établissements publics		Établissements privés				Ensemble	
			à but non lucratif		à but lucratif			
	2022	Évolution 2022/2021	2022	Évolution 2022/2021	2022	Évolution 2022/2021	2022	Évolution 2022/2021
Structures générales	11 738 381	5,7 %	851 467	11,0 %	2 895 634	3,1 %	15 485 482	5,5 %
Structures pédiatriques	648 446	10,3 %	58 571	9,3 %			707 017	10,2 %
Structures générales et pédiatriques	5 212 978	8,7 %	161 652	-9,2 %			5 374 630	8,0 %
<i>dont urgences générales</i>	3 485 305	4,7 %	94 399	-20,9 %			3 579 704	3,8 %
<i>dont urgences pédiatriques</i>	1 727 673	17,8 %	67 253	14,4 %			1 794 926	17,7 %
Ensemble	17 599 805	6,7 %	1 071 690	7,3 %	2 895 634	3,1 %	21 567 129	6,2 %

Champ : France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources : Drees, SAE 2021-2022, traitements Drees

Annexe n° 4 : l'effet de la pandémie de covid-19 sur les passages aux urgences

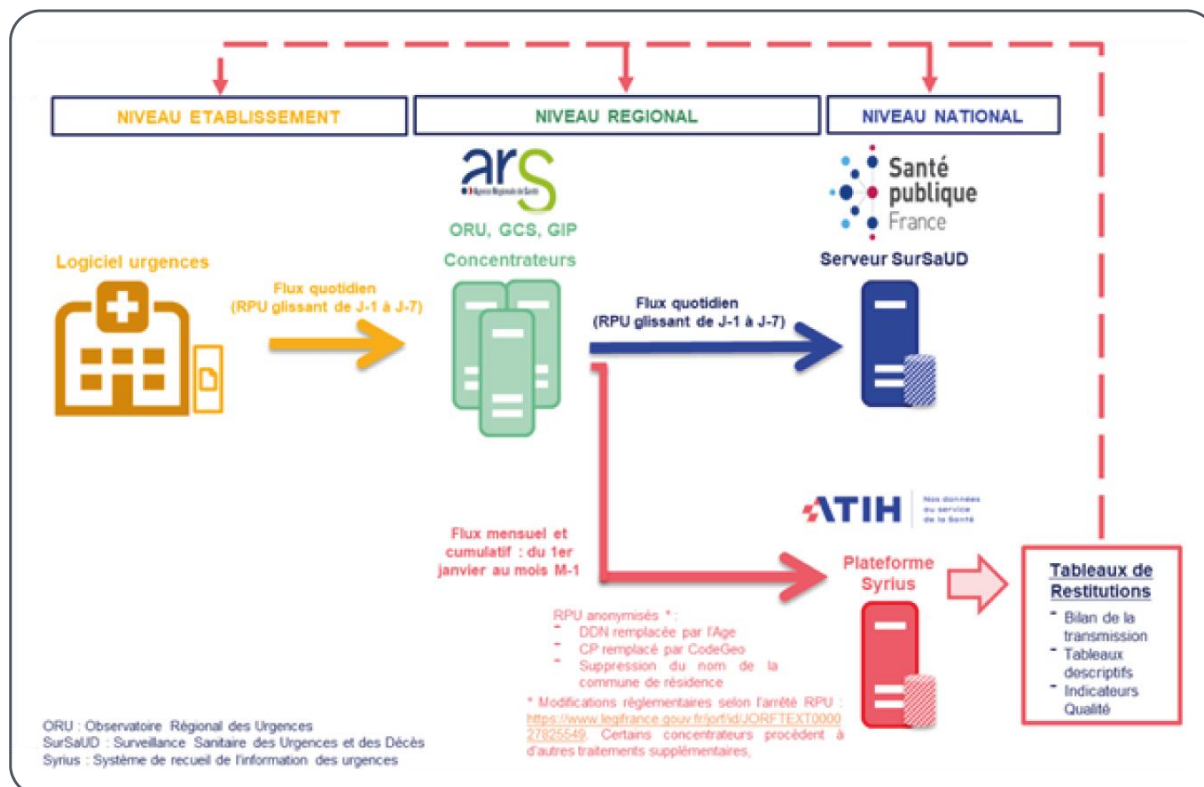
Tableau n° 7 : évolution de 2019 à 2020 du nombre de passages aux urgences générales et pédiatriques, par catégorie d'établissements

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)
Structures générales	10 180 294	-16,6	740 581	-15,3	2 538 351	-15,8	13 459 226	-16,4
Structures pédiatriques	482 347	-25,8	43 013	-30,3	0	-	525 360	-26,2
Structures générales et pédiatriques	4 008 907	-19,0	155 840	-21,6	0	-	4 164 747	-19,1
dont urgences générales	2 943 575	-13,4	109 405	-14,4	0	-	3 052 980	-13,5
dont urgences pédiatriques	1 065 332	-31,1	46 435	-34,7	0	-	1 111 767	-31,3
Ensemble	14 671 548	-17,6	939 434	-17,3	2 538 351	-15,8	18 149 333	-17,3

Sources : Drees, SAE 2019-2020, traitements Drees (Panorama des établissements de santé – édition 2022)

Annexe n° 5 : le résumé de passage aux urgences, des données essentielles dont la fiabilité n'est pas assurée

Schéma n° 5 : circuit des données du RPU

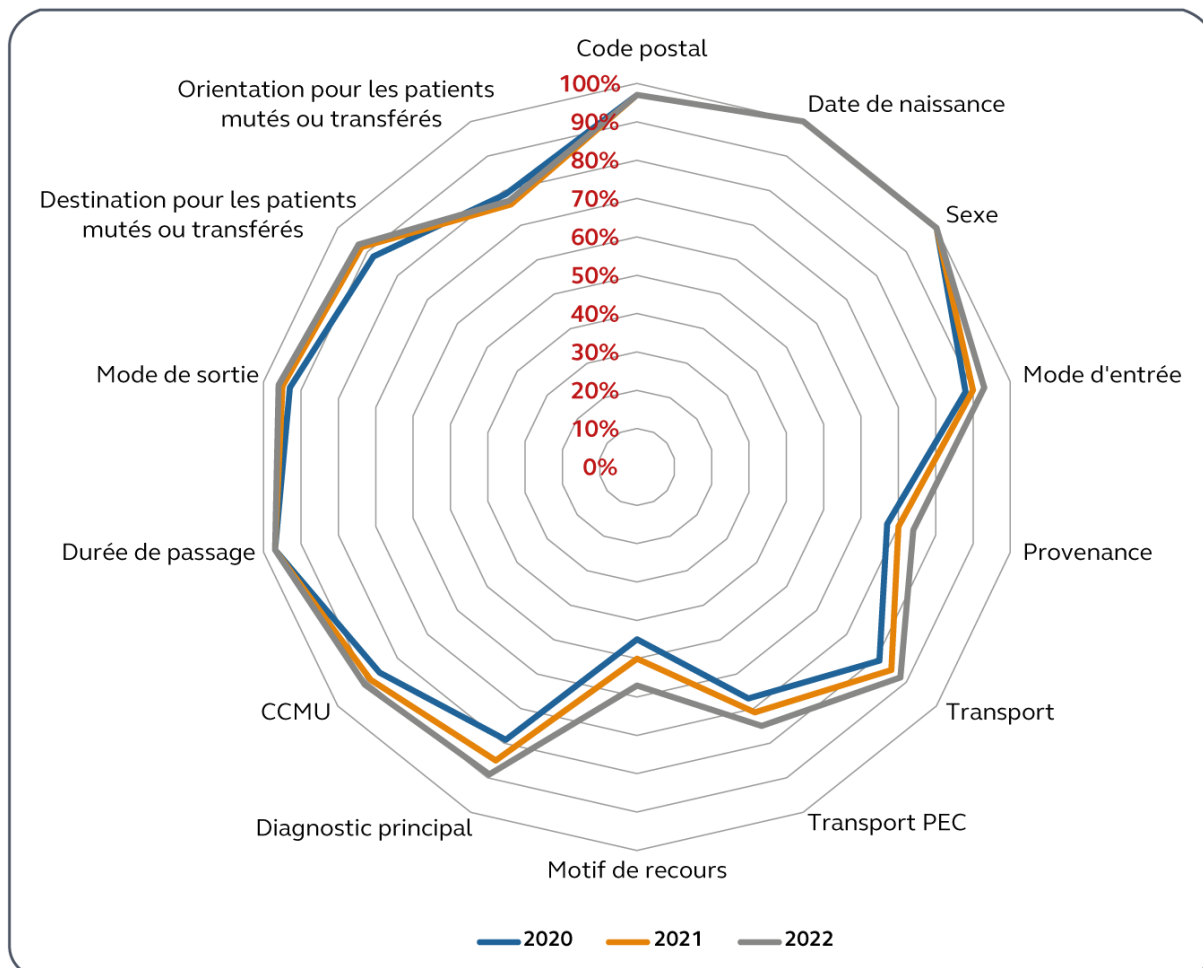


Source : ATI

Le « taux d'exploitabilité » pour la statistique nationale désigne, pour un critère donné, la proportion des RPU pour lesquels un élément est enregistré de manière complète et conforme à la norme.

Ce taux est variable selon les données attendues et, parfois, assez faible, y compris pour des données importantes pour l'analyse d'ensemble des passages aux urgences.

Graphique n° 3 : taux d'exploitabilité des données contenues dans les RPU, de 2020 à 2022



Lecture : en 2022, seulement 57 % des RPU était remplis de manière exploitable, s'agissant des données relatives au motif de recours aux urgences.

Source : Fédoru

Annexe n° 6 : avant 2021, un mode de financement survalorisant les prises en charge bénignes et n'incitant pas à la régulation

Le précédent modèle de tarification des structures des urgences, en vigueur jusqu'à 2020, reposait principalement sur l'activité, doublée de forfaits comme le FAI-U²⁷⁸ ou les Missions d'intérêt général²⁷⁹. Chaque passage aux urgences donnait lieu à la perception par l'établissement d'un forfait « *Accueil et traitement des urgences* » (ATU), qu'il soit suivi, ou non, d'une hospitalisation au sein du même établissement. Le forfait était de 25,42 € par passage en 2020. À ce financement, s'ajoutaient la facturation des consultations et examens de biologie et d'imagerie réalisés lors du passage aux urgences (les actes et consultations externes ou ACE). Vingt pour cent de ces dépenses étaient pris en charge par le patient sous la forme d'un ticket modérateur.

En plus du forfait ATU, un « forfait annuel urgences » (FAU) était censé couvrir les charges fixes des services. Il était déterminé en fonction du nombre de passages non suivis d'hospitalisation²⁸⁰.

En cas d'hospitalisation consécutive à un passage aux urgences, seul le séjour hospitalier était facturé, selon la grille tarifaire des groupes homogènes de séjour (GHS), à l'assurance maladie, au patient et son assurance complémentaire de santé. Ensuite, une quote-part de la recette fondée sur ce GHS était réallouée à la structure des urgences au sein de l'établissement.

²⁷⁸ Le forfait annuel activités isolées urgences (FAI U) finançait les services d'urgence des établissements qui répondaient à plusieurs critères d'isolement (faible activité sur le territoire, durée de trajet élevée vers l'établissement le plus proche, etc.) et dont l'activité se situait en deçà du seuil de 11 000 passages par an non suivis d'hospitalisation.

²⁷⁹ La MIG « *Aide médicale urgente en milieu périlleux* » concerne les prises en charge d'urgences en mer ou en montagne et la MIG « *Structure mobiles d'urgence et de réanimation* » finance, sous forme de dotation globale, les ambulances hospitalières de réanimation régulées par le Samu et soumises à autorisation.

²⁸⁰ Dans les secteurs public et privé non lucratif, il s'élevait à 730 000 € pour moins de 9 000 passages annuels et à 943 292 € entre 9 000 et 11 499 passages ; à partir de 11 500 passages dans l'année, le forfait était majoré de 163 292 € pour chaque tranche de 2 500 ATU supplémentaire.

Tableau n° 8 : financement des services des urgences en 2019 (M€)

	Montants	Part dans le financement total
Quote-part des séjours hospitaliers consécutifs aux passages aux urgences	1 494	30,5 %
Forfait annuel urgences (FAU)	1 266	25,8 %
Mission d'intérêt général et ticket modérateur Smur	908	18,5 %
Actes et consultations externes des urgences (base de remboursement)	730	14,9 %
ATU (base de remboursement)	427	8,7 %
Prime de risque urgences et forfait activité isolée urgence (FAI U)	72	1,5 %
Mission d'intérêt général milieux périlleux	3	0,1 %
Total	4 900	100 %

Sources : DGOS

Ce modèle de financement reposait donc en très large majorité sur un paramètre seulement quantitatif, au coût moyen, sans modulation en fonction du caractère justifié de la prise en charge : la quote-part, le FAU, les actes et consultations externes et l'ATU représentaient 80 % des financements.

Les recettes liées à l'activité des urgences - indépendantes de la gravité des cas - étaient d'autant plus profitables à l'établissement que les cas étaient nombreux et peu graves. Les cas les plus graves se retrouvaient ainsi relativement sous-financés au bénéfice des cas simples. Ce modèle pouvait, dans certaines situations, ne pas encourager des établissements à s'inscrire dans une démarche de régulation qui vise au contraire à n'orienter vers les urgences que les cas urgents ou graves qui le justifient.

La perception que ce modèle de financement tendait à accentuer les maux des urgences et n'incitait pas les établissements à s'inscrire dans la régulation et dans une prise en charge plus qualitative, tel qu'exposé dans le rapport « Pour un pacte de refondation des urgences » en 2019, a conduit à la refonte du modèle de financement.

Annexe n° 7 : financement de l'activité de médecine d'urgence en 2019, avant la réforme du financement des structures des urgences et des Smur

Tableau n° 9 : financement de l'activité de médecine d'urgence des établissements « ex-DG » et « ex-OQN » en 2019 (M€)

Fondement	Ex-DG	Ex-OQN	Total
Forfait annuel des urgences, calculé à partir du nombre d'ATU	1 164	102	1 266
Forfaits ATU : remboursements par l'assurance maladie	311	53	364
Forfaits ATU : ticket modérateur	59	10	69
Facturations actes et consultations au sein des structures des urgences, y compris passages suivis d'hospitalisation ex-OQN (hors facturations d'actes imagerie et de biologie) : remboursements par l'assurance maladie	534	142	676
Facturations actes et consultations au sein des structures des urgences, y compris passages suivis d'hospitalisation ex-OQN (hors imagerie-biologie) : ticket modérateur	102	29	131
Financement au titre des groupes homogènes de séjour (GHS) des mono-RUM UHCD (ex-DG : nombre de GHS x montant unitaire de la modélisation, hors imagerie-biologie)	693	53	746
Financement issus des GHS des multi-RUM UHCD (ex-DG : nombre de GHS x montant unitaire de la modélisation, hors imagerie-biologie)	278	7	285
Réallocation interne de GHS, consécutive à mutation MCO sans RUM UHCD (ex-DG : nombre de GHS x montant unitaire de la modélisation, hors imagerie-biologie)	472	22	494
Aides à la contractualisation des structures des urgences en tension et primes de risque	52	3	55
Mission d'intérêt général des Smur intervenant en milieu périlleux	832	1	833
Facturations Smur 2R déduits de la MIG Smur en 2019			0
Tickets modérateurs Smur déduits de la MIG Smur en 2019	78		78
Forfait pour activité isolée des urgences	6		6
PDSES urgentistes ex-OQN	1		1
Total	4 581	422	5 003

Sigles : ATU : accueil et traitement des urgences ; GHS : groupe homogène de séjours ; RUM : résumé d'unité médicale ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; ex-DG : secteur anciennement financé par une dotation globale ; ex-OQN : secteur anciennement financé en fonction d'un objectif quantifié national de soins ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; MIG : mission d'intérêt général ; PDSES : permanence des soins en établissement de santé ; RUM : résumé d'unité médicale ; Source : DGOS

Annexe n° 8 : financements de l'activité de médecine d'urgence en 2023, après la réforme du financement des structures des urgences et des Smur

Tableau n° 10 : financement de l'activité de médecine d'urgence des établissements « ex-DG » et « ex-OQN » en 2023 (M€)

Fondement	Ex-DG	Ex-OQN	Total	Part
Dotation populationnelle structures des urgences et Smur	3 015	163	3 178	57 %
Dotation au titre de la qualité, structures des urgences et Smur	76	3	79	1 %
Forfaits âge et suppléments urgences des passages non suivis d'hospitalisation, 100 % prise en charge par l'assurance maladie (hors imagerie-biologie et avis spécialisés)	652	128	780	14 %
Forfaits Patients Urgences - FPU (à la charge des patients ou de l'assurance maladie), passages non suivis d'hospitalisation (hors imagerie-biologie et avis spécialisés)	243	42	285	5 %
Financement issus des GHS des mono-RUM UHCD (ex-DG : nombre de GHS x montant unitaire de la modélisation, hors imagerie-biologie-avis spécialisés)	364	39	403	7 %
Financement issus des GHS des multi-RUM UHCD (ex-DG : nombre de GHS x montant unitaire de la modélisation, hors imagerie-biologie-avis spécialisés)	341	8	349	6 %
Réallocation interne GHS suite à mutation MCO sans RUM UHCD (ex-DG : nombre de GHS x montant unitaire de la modélisation, hors imagerie-biologie-avis spécialisés)	441	28	469	8 %
Facturations actes et consultations urgentistes des passages suivis d'hospitalisation ex-OQN (hors facturations d'actes imagerie et biologie et avis spécialisés) - Base de remboursement		38	38	1 %
PDSES urgentistes ex-OQN		16	16	0 %
Gestion des effets de revenus mise en place forfaits urgences	13		13	0 %
Total	5 132	465	5 597	100 %

Sigles : ATU : accueil et traitement des urgences ; GHS : groupe homogène de séjours ; RUM : résumé d'unité médicale ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; ex-DG : secteur anciennement financé par une dotation globale ; ex-OQN : secteur anciennement financé en fonction d'un objectif quantifié national de soins ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; PDSES : permanence des soins en établissement de santé ; RUM : résumé d'unité médicale.

Source : DGOS

Annexe n° 9 : répartition entre les ARS de l'enveloppe de dotation populationnelle (hors mesures « Ségur »)

Tableau n° 11 : dotation populationnelle de base et modélisée pour les structures des urgences et pour les Smur (€)

Région	Base 2021	Modélisation 2021	Rattrapage 2021	Dotation populationnelle et dotation à la qualité pour 2023* (pour information)
Auvergne-Rhône-Alpes	254 591 911	260 339 098	5 747 187	357 120 000
Bourgogne-Franche Comté	122 368 754	125 697 951	3 329 197	167 876 000
Bretagne	97 748 252	109 747 239	11 998 986	144 099 000
Centre-Val de Loire	96 562 048	104 062 757	7 500 709	135 692 000
Corse	24 911 751	20 234 075	-	31 624 000
Grand-Est	187 250 914	201 049 871	13 798 957	270 665 000
Guadeloupe	24 576 627	21 771 745	-	31 821 000
Guyane	17 174 330	18 028 511	854 182	22 229 000
Hauts-de-France	218 302 694	198 475 585	-	301 400 000
Ile-de-France	406 719 331	368 925 447	-	558 263 000
La Réunion	28 752 524	30 130 887	1 378 363	41 940 000
Martinique	17 524 952	12 639 519	-	22 494 000
Normandie	130 846 929	135 502 610	4 655 681	188 679 000
Nouvelle-Aquitaine	202 339 307	222 218 931	19 879 624	300 408 000
Occitanie	195 812 119	189 279 514	-	264 434 000
Pays-de-la-Loire	93 250 275	116 323 941	23 073 666	143 070 000
Provence-Alpes-Côte d'Azur	190 735 151	175 040 188	-	259 442 000
Total	2 309 467 868	2 309 467 868	92 216 551	3 241 256 000

* montants couvrant les dépenses au titre du Ségur de la santé, à la différence des colonnes précédentes (arrêté du 28 mars 2024 fixant pour l'année 2023 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les dotations urgences, les dotations relatives à la psychiatrie mentionnées aux 1°, 3°, 5°, 6°, 8° de l'article R. 162-31-1 du même code, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code)

Nota : le total de la dernière colonne correspond au total de la dotation populationnelle (3 178 M€) et de la dotation à la qualité (79 M€) figurant dans le tableau de l'annexe précédente, hors établissements du service de santé des armées (- 16 M€).
Source : DGOS

Annexe n° 10 : enrichissement des données dans le projet de troisième version du RPU

Tableau n° 12 : récapitulatif des données dans le projet de troisième version du RPU

Processus d'enregistrement	Champ	Variable nouvelle ou pré-existante
Données automatiques de l'établissement	Type de RPU (format du flux : v2 ou v3)	Nouvelle
	Numéro Finess géographique de l'établissement	Préexistante
	Numéro d'unité fonctionnelle de la structure des urgences	Nouvelle
	Date et heure d'extraction de l'information	Préexistante
	Date de début de la période couverte	Préexistante
	Date de fin de la période couverte	Préexistante
Saisie par un agent administratif à l'accueil	Date et heure d'arrivée dans l'établissement	Nouvelle
	Date et heure d'entrée des urgences (enregistrement administ.)	Préexistante
	Mode d'entrée	Préexistante
	Provenance	Préexistante
	Mode de transport d'entrée	Préexistante
	Date de naissance	Préexistante
	Sexe	Préexistante
	Couverture sociale (demande de Santé publique France)	Nouvelle
	INS différent (NIR, patient étranger)	Nouvelle
	Identifiant permanent du patient (IPP)	Nouvelle
	Identifiant d'épisode du patient (IEP)	Nouvelle
	Libellé commune	Préexistante
	Code Insee résidence	Nouvelle
Code postal résidence	Préexistante	

Données automatiques	Identifiant catégorie professionnelle	Nouvelle
	Horodatage, par type de professions	Nouvelle
Saisie par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IOA)	Circonstances	Nouvelle
	Cadre de survenue : activité	Nouvelle
	Cadre de survenue : vecteur	Nouvelle
	Emprise	Nouvelle
	Version du thésaurus, circonstance/cadre	Nouvelle
	Motif de recours	Préexistante
	Résultat du tri évalué par l'IOA	Nouvelle
	Type d'échelle de tri	Nouvelle
	Version de l'échelle de tri	Nouvelle
Saisie par un médecin	Diagnostic principal	Préexistante
	Diagnostic associé en lien avec le diagnostic principal	Préexistante
	Version du thésaurus de diagnostic	Préexistante
	Gravité (CCMU)	Préexistante
	Anticipation d'orientation, fin de soin	Nouvelle
	Séjour physique en UHCD	Nouvelle
	Destination (ROR)	Nouvelle
	Raison ou motif du transfert	Nouvelle
Saisie par un infirmier diplômé par l'État (IDE)	Mode de sortie	Préexistante
	Transport à la sortie	Nouvelle
	Date et heure de sortie de la structure des urgences	Préexistante
Champ d'enquête spécifique		Nouvelle
		Nouvelle
		Nouvelle
		Nouvelle

Sigles : RPU : résumé de passage aux urgences ; ROR : répertoire Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux ; IOA : infirmier organisateur de l'accueil ; INS : identité nationale de santé ; NIR : numéro d'identification au répertoire ; ROR : répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement social et médico-social.

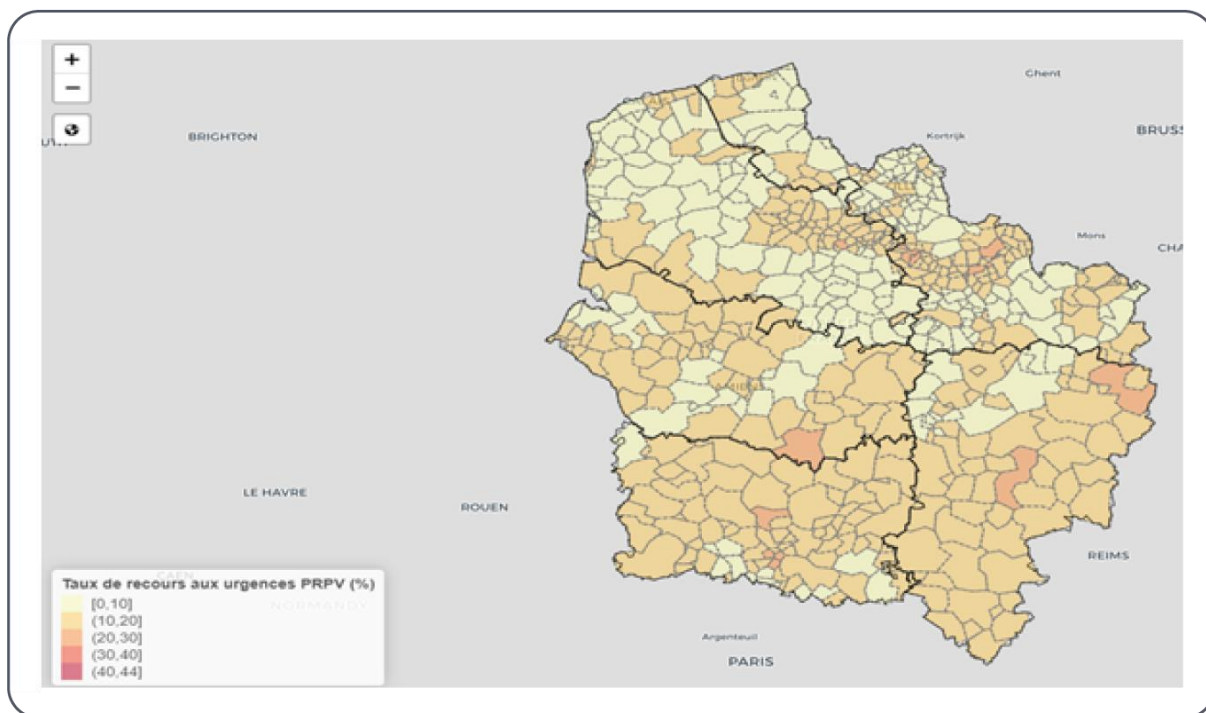
Source : DGOS

Annexe n° 11 : recours aux urgences et offre de soins de ville - L'expérimentation conduite par l'ARS des Hauts-de-France

Afin de mieux identifier les liens entre le recours aux urgences et carence de l'offre de soins de ville, l'ARS des Hauts-de-France, en collaboration avec l'ORU, a élaboré une cartographie des taux de recours aux urgences par les patients relevant potentiellement d'une prise en charge en ville (PRPV) et l'a comparée avec celle de la densité de l'offre de médecine générale.

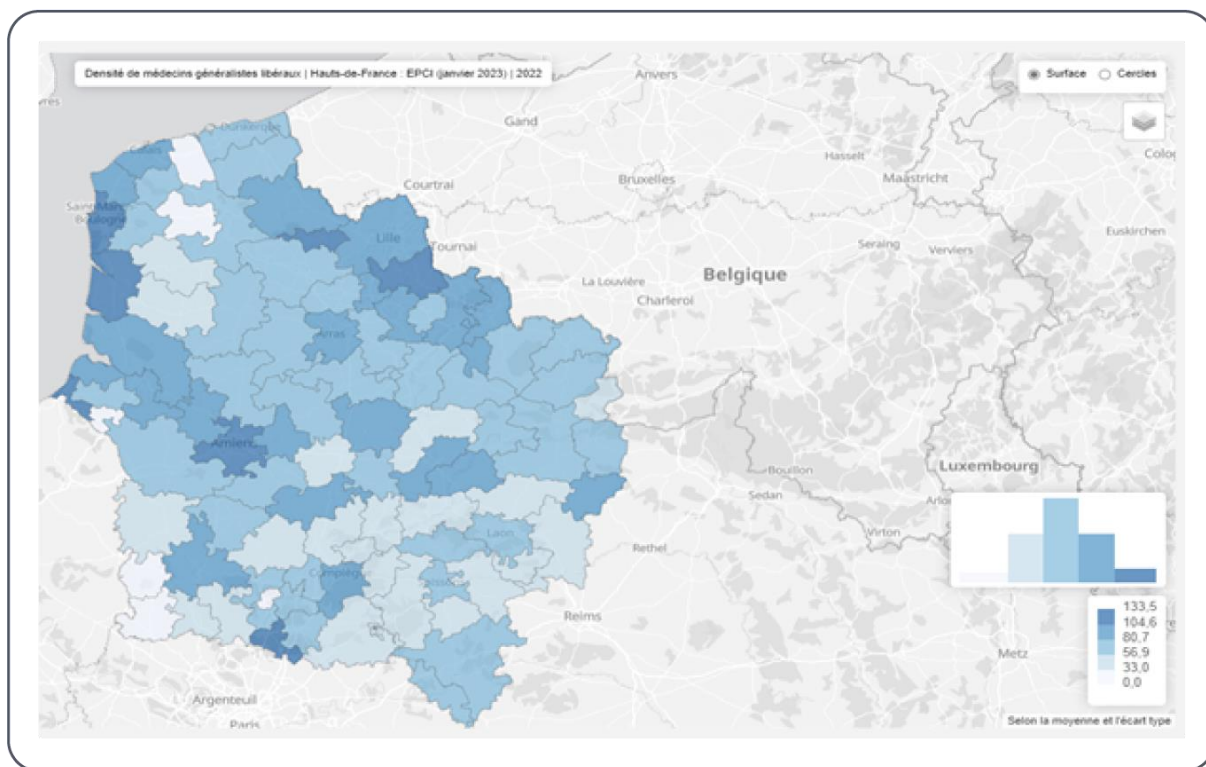
La mise en regard des recours aux urgences avec les patients relevant potentiellement d'une prise en charge en ville (PRPV) et de la carte de la densité de l'offre médicale en ville de médecins généralistes tend à confirmer la correspondance entre faiblesse de l'offre de soins en ville et recours aux urgences.

Carte n° 2 : taux de recours aux urgences, région des Hauts-de-France



Source : ARS Hauts-de-France

Carte n° 3 : densité de médecins généralistes en région Hauts-de-France



Source : ARS Hauts-de-France

Annexe n° 12 : l'installation des maisons médicales de garde dans l'enceinte des hôpitaux - Illustrations

Le CH de Laon

Le centre hospitalier de Laon a installé une MMG au sein même de l'hôpital, constituée d'une salle d'attente et d'une salle de consultation avec un accès facile depuis l'entrée du bâtiment des urgences. Les consultations ont lieu en soirée, le samedi et le dimanche. L'arrivée des patients se fait après une régulation par le Samu ou par la structure des urgences elle-même. Une convention a été passée avec l'association des médecins libéraux du Laonnois pour en définir les modalités de fonctionnement et un protocole d'adressage a été formalisé en 2022.

Le CH de Boulogne-sur-Mer

Fin 2019, compte tenu des tensions sur la démographie médicale, de l'afflux en constante augmentation des passages aux urgences et de la faible activité de la maison médicale de garde, le CH de Boulogne-sur-Mer a souhaité expérimenter dès janvier 2020 l'installation de la maison médicale de garde (MMG) à proximité immédiate des urgences. Dans ce cadre, la maison médicale accueille les patients adressés par le centre de réception et de régulation des appels libéraux et ceux qui sont réorientés par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IOA) des urgences du centre hospitalier. Le nombre des redirections entre les urgences et la MMG a presque doublé, passant de 3 411 patients redirigés en 2020 à 6 479 en 2022. En 2022, 10,6 % des patients qui se sont rendus aux urgences ont été redirigés vers la maison médicale de garde.

Annexe n° 13 : les équipes gériatriques d'expertise à domicile (EGED) en cours de déploiement dans les Hauts-de-France

Les EGED ont vocation à apporter une expertise gériatrique avec visite à domicile en heures ouvrées pour les professionnels de ville en relation avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Leur mission première est de favoriser, avec l'appui des professionnels de premiers recours, l'accès aux soins des personnes âgées dans leur lieu de vie. Ces équipes sont mutualisées entre plusieurs établissements et avec le DAC du territoire.

Elles remplissent plusieurs missions :

- apport d'une expertise gériatrique globale au médecin traitant ou aux professionnels de ville ;
- anticipation des situations de crises en orientant la personne vers une offre de soin adaptée, en ville ou en établissement, dont l'HAD ;
- participation à l'orientation vers des hospitalisations directes, quel que soit le service, sans recours aux urgences ;
- structuration des procédures d'intervention secondaire (sans urgence) avec le SAS départemental ou les dispositifs de permanence de soins ;
- sécurisation du retour à domicile post-hospitalisation par une visite au domicile, en coordination avec les partenaires pour éviter les ré-hospitalisations.

Quinze projets proposés sur les 23 territoires de filière gériatrique de la région Hauts-de-France ont bénéficié d'un financement dans le cadre d'un AAP et sont en cours de mise en œuvre.

Annexe n° 14 : la continuité infirmière de nuit en Ehpad évaluée par l'Anap en décembre 2023

Dans le prolongement des expérimentations Paerpa (« *Parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie* »), la généralisation des dispositifs d'infirmiers de nuit mutualisés entre Ehpad a été inscrite dans la feuille de route Grand âge et autonomie 2018-2020, avec pour ambition de « [...] *réduire les hospitalisations en urgence évitables, qui ont un impact négatif sur l'état de santé des personnes âgées, et sécuriser les prises en charges nocturnes au sein des Ehpad* [...] ».

Initialement orienté sur l'évitement du passage aux urgences, le projet a ensuite évolué pour répondre à l'enjeu plus global de médicalisation des Ehpad (assurer la continuité des soins). Il a ainsi été conforté par la LFSS 2021 au titre du renforcement du taux d'encadrement des Ehpad puis réaffirmé dans la feuille de route 2021-2023 Ehpad-USLD (mesure n° 12 mentionnant la généralisation de la présence infirmière de nuit à l'ensemble des Ehpad). Ce dispositif a ainsi bénéficié d'un financement de près 44 M€ sur la période 2018-2021.

Les missions des infirmiers diplômé par l'État (IDE) de nuit peuvent être regroupées schématiquement selon trois finalités :

- éviter les passages aux urgences par la réassurance des équipes la nuit, la levée de doute ou encore l'exécution de gestes techniques au lit du patient ;
- réduire la durée des hospitalisations en permettant les fins de traitement à l'Ehpad et en sécurisant le retour à l'Ehpad après un passage aux urgences ;
- éviter les hospitalisations (gestion des fins de vie, réalisation de soins programmés de courte durée).

La diversification des missions des IDE s'est progressivement accompagnée d'une diversification des formes juridiques d'organisation de la continuité d'IDE de nuit. Faisant appel initialement à des astreintes (48 % des projets), le dispositif tend désormais à se mettre en place sous la forme de postes complets en horaire de nuit (48 %). Les modèles postés présentent, en effet, plusieurs atouts : attractivité des postes de nuit, mobilisation plus importante du dispositif par les Ehpad (1,5 fois en plus) ou, encore, temps de présence accru des IDE auprès des équipes de l'Ehpad, permettant un élargissement des missions comme l'intégration de soins programmés. Le modèle des astreintes tend plutôt à s'essouffler : il est moins mobilisateur pour les infirmiers et pose des difficultés d'organisation (nombreux professionnels nécessaires pour remplir les tableaux d'astreinte, temps de récupération à organiser).

Une diversification des opérateurs est de même constatée : initialement portée par des Ehpad (58 % des projets), la mesure est désormais portée par des hôpitaux (24 % par l'intermédiaire d'un Ehpad hospitalier), des groupements d'infirmiers libéraux (10 %) ou, de façon résiduelle, par des structures d'HAD (8 %).

**Illustration : le dispositif d'IDE de nuit mutualisés de l'Ehpad du Patio
(centre hospitalier Émile Roux du Puy-en-Velay)**

En réponse à l'appel à projets lancé par l'agence régional de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Ehpad du Patio (établissement rattaché au centre hospitalier Émile Roux du Puy-en-Velay) s'est engagé, avec 19 autres établissements du département (dont 18 Ehpad et une maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie) d'une capacité totale de 1 296 lits, dans un dispositif d'infirmiers de nuit mutualisés. Ces infirmiers, missionnés par le centre 15 sur appel du personnel des Ehpad associés, sont disponibles toutes les nuits (de 19 h 00 à 7 h 00), tous les jours de l'année, pour intervenir auprès des établissements. Ils sont postés au sein du service des urgences.

La mission de ces infirmiers de nuit est de prévenir et de limiter l'admission des résidents aux urgences lorsque des soins peuvent être prodigués sur place, au regard des effets particulièrement délétères d'une station prolongée des personnes âgées sur de simples brancards. Au sein des services d'urgence, ces infirmiers s'occupent prioritairement des résidents des Ehpad et des autres patients âgés de plus de 75 ans. L'infirmier s'assure aussi de la transmission des informations entre l'hôpital et l'établissement dans lequel est domicilié la personne âgée ; il peut aussi se déplacer, dès que l'agent de nuit de l'Ehpad se trouve en difficulté dans la prise en charge d'un résident, notamment dans les situations de fin de vie.

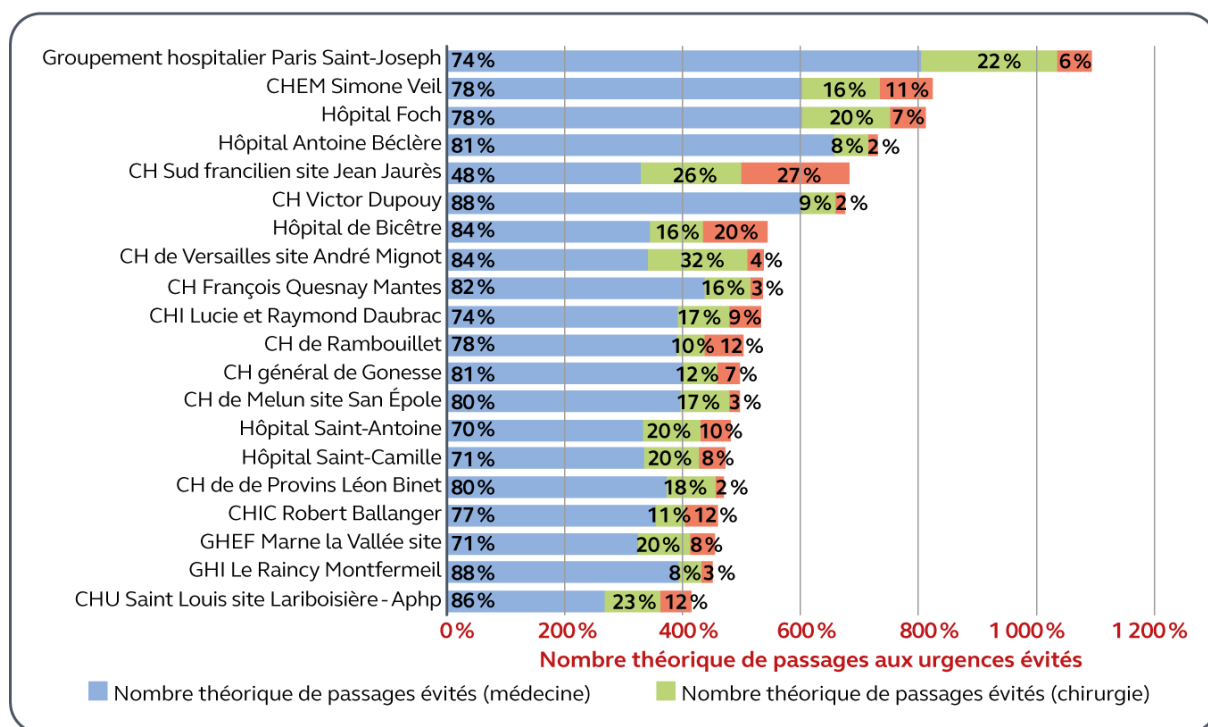
Entre le 19 juin 2023, date de mise en place de ce dispositif, et le 15 novembre 2023, 88 appels ont été traités dans ce cadre. Ces appels ont donné lieu à 29 déplacements dans les établissements et ont permis d'éviter 34 hospitalisations. Le coût de ce projet a été évalué à 180 000 € par le centre hospitalier, pour assurer la continuité, toute l'année, pour un fonctionnement en 12 heures continues.

Annexe n° 15 : indicateur du potentiel d'hospitalisation en admission directe non programmée des patients âgés de plus de 75 ans

Afin d'aider au déploiement de filières d'admissions directes en hospitalisation, le ministère chargé de la santé (DGOS) a développé un indicateur permettant de mieux identifier le potentiel d'hospitalisation en admission directe non programmée des patients âgés de plus de 75 ans. Il s'agit, à travers cet indicateur, d'aider les ARS et les établissements à réaliser des diagnostics territoriaux de ce potentiel, par spécialité, afin de structurer des filières d'hospitalisations directes des patients, notamment dans les services concernés par des taux les plus élevés de patients provenant des urgences.

Le graphique ci-dessous illustre le nombre théorique de passages qui pourraient être évités par la mise en place de filières d'admissions directes en hospitalisation.

Graphique n° 4 : nombre théorique de passages aux urgences pouvant être évités, par établissement et selon le type d'activité



Source : ministère du travail, de la santé et des solidarités (DGOS)

Annexe n° 16 : la structuration du parcours des patients âgés par le CHRU de Nancy

Le pourcentage de patients hospitalisés provenant des urgences du CHRU de Nancy évolue peu depuis 2018. Il s'élève ainsi à 27,5 %, plaçant l'établissement parmi les plus performants de sa catégorie. En outre, alors que la part des patients âgés de plus de 75 ans a augmenté de 2018 à 2022, leur hospitalisation est en recul de 12 % sur cette même période. Plusieurs mesures ont, en effet, été structurées par l'établissement pour faciliter la prise en charge et le retour des patients âgés à leur domicile, initialement dans le cadre du dispositif Paerpa :

- mise en place d'un annuaire (Vill'HOP) permettant un contact direct des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'Ehpad avec un spécialiste, dont un gériatre du service de gériatrie aiguë ;
- création d'une équipe mobile de liaison gériatrique (EMLG) rattachée au service de gériatrie en 2002 pour favoriser une réorientation et un suivi adaptés des personnes âgées vivant à domicile et en Ehpad, qui suit plus de 1 000 patients par an ; en sus de son intervention auprès des différents services de l'établissement, cette équipe mobile intervient au sein des Ehpad pour vérifier la santé des résidents après un passage par les urgences et après la sortie du service de médecine gériatrique aiguë ;
- création en 2014 d'une unité gériatrique d'entrée directe (UGED) de 15 lits ;
- dans le cadre de la réponse à l'appel à projets « *Admissions directes non programmées des personnes âgées de 75 ans* », le GHT a produit un plan d'actions comprenant la mise en place d'une ligne d'assistance téléphonique gériatrique pour répondre à la médecine de ville, de la télémédecine avec les Ehpad, de coopérations avec les acteurs de la ville et d'un plan de formation gériatrique pluriannuel ;
- mise en place depuis 2022 d'un parcours spécifique ville-hôpital (projet « Alliage ») en onco-gériatrie, pour fluidifier le parcours des patients âgés atteints d'un cancer ;
- conventions conclues avec les Ehpad pour faciliter l'accès aux soins des résidents et organiser l'accès aux bilans de santé et aux consultations à l'hôpital de jour gériatrique ainsi que leur retour rapide.

Annexe n° 17 : les tensions sur les lits d'aval et le manque de ressources médicales : illustrations

Le CHU de Rouen

Les difficultés de l'aval résultent en particulier des fermetures de lits temporaires, notamment à la fin de la période analysée. En effet, les tensions liées au manque de personnel dans certains services de soins d'aval entraînent la fermeture temporaire de lits, qui s'ajoute aux fermetures saisonnières habituelles dans les établissements de santé, pendant les congés, notamment estivaux.

Les problématiques de lits d'aval conduisent périodiquement à des attentes prolongées aux urgences. En janvier 2022, le CHU de Rouen comptabilisait 122 lits fermés, contre 67 à la même date en 2021, en grande majorité du fait de l'absence des ressources paramédicales et médicales nécessaires.

Le CHU de Grenoble

Au sein du CHU de Grenoble, l'absence de lits d'aval est identifiée comme une cause majeure depuis 2018 d'allongement des durées de séjours aux urgences. La crise sanitaire a amplifié ce phénomène et le CHU de Grenoble n'a pas recouvré sa pleine capacité. Le nombre de lits non opérationnels atteignait en 2023 près de 15 % de la capacité autorisée, dont près de 12 % de lits en hospitalisation complète.

En 2018, des lits de post-urgence ont été créés pour la filière « adultes » puis leur nombre a augmenté lors des épidémies. La structure des urgences pédiatrique fonctionne encore sur ce modèle avec l'ouverture de lits d'UHCD supplémentaires dans le cadre de plans de gestion hivernaux.

Pour les urgences « adultes », deux unités post-urgences représentant 54 lits ont été ouvertes depuis 2018. Toutefois, en 2023, 10 lits n'étaient toujours pas opérationnels, faute de personnel.

Annexe n° 18 : deux exemples d'ordonnancement territorial des lits

Le projet de régulation territoriale des lits porté par le groupement hospitalier de territoire de Loire-Atlantique

Afin d'organiser la gestion territoriale des lits, le GHT 44 travaille à la mise en œuvre d'une cellule d'ordonnancement territorial des lits. Le projet prévoit une cellule d'ordonnancement territorial à double vocation : celle d'organiser une offre de soins territoriale permanente, collective et adaptée aux besoins de la population ; celle d'anticiper collectivement les réponses aux situations de tensions et organiser la gestion de crise. Elle assurera, à terme, la gestion des lits, la programmation de la régulation et la coordination des parcours au sein du GHT.

Une première phase de cartographie, de l'offre de soins, des organisations inter et intra-établissements et d'état des lieux, est en cours de réalisation. Fin avril 2024, la cellule territoriale devait être opérationnelle pour les parcours considérés comme prioritaires, et fin 2024, le déploiement du système d'information d'ordonnancement territorial sera réalisé.

L'analyse de la cartographie des systèmes d'information utilisés par les établissements hospitaliers concernés par la gestion des lits montre une grande diversité d'outils : 27 % utilisent le logiciel de gestion administrative des patients, 35 % utilisent le dossier patient, 31 % utilisent Excel et enfin 8% utilisent d'autres outils. Cette diversité se retrouve dans les outils de gestion des admissions programmées.

Le choix du futur logiciel de la cellule d'ordonnancement territorial est un enjeu majeur pour la réussite du projet. Celui-ci devra disposer des interfaces indispensables pour une alimentation en temps réel des données nécessaires à l'ordonnancement territorial et écarter le risque de double saisie par les utilisateurs des établissements de santé.

Le budget alloué au projet, organisé sur la base d'un cahier des charges régional pour la mise en place d'un ordonnancement territorial, s'élève à un 1,9 M€. Il englobe les coûts de gestion du projet, d'accompagnement au changement, d'acquisition et de déploiement de logiciel.

Le projet de gestion des lits territorialisés des Hôpitaux du massif des Vosges

Les Hôpitaux du massif des Vosges ont récemment mis à l'étude un projet de coordination du parcours de soins. Dans ce cadre, l'objectif est de mettre en œuvre une plate-forme technique, utilisée au sein des Hôpitaux du massif des Vosges et interconnectée avec les autres établissements du GHT, afin de « maîtriser, planifier et anticiper les flux et concilier les besoins de soins programmés, non programmés et admissions directes ».

L'établissement souhaite mener ce projet de manière transversale et en impliquant tous les acteurs (les instances dont la CME et son président, la direction des soins, les services de soins et notamment les urgences ainsi que les directions fonctionnelles). Il constituerait ainsi une réponse à l'appel à projet concernant les admissions directes non programmées des patients âgés géré au sein du GHT Vosges.

Annexe n° 19 : la préparation des sorties des patients dits « complexes »

La plateforme de coordination des parcours des patients « complexes » du CHU de Rouen

Les parcours de patients présentant une certaine complexité à l'articulation entre le sanitaire et le social, sont pris en charge par une « plateforme de coordination ». Cette plateforme intervient par l'intermédiaire de deux infirmiers coordonnateurs qui assurent une évaluation infirmière globale, élaborent un parcours personnalisé du patient, puis en assurent le suivi. Ils participent à des réunions d'équipes et assurent un lien avec les professionnels de la prise en charge à domicile. Le pôle de médecine du CHU de Rouen est, de très loin, le premier utilisateur de la plateforme, avec 53 sollicitations sur 100 en 2022 et 86 sur 128 en 2023.

L'organisation des parcours des patients complexes au sein du CH de Saint-Nazaire

Afin de trouver une solution de sortie des patients pour lesquels les conditions de prise en charge à l'extérieur de l'hôpital prolongent inutilement leur hospitalisation, une commission des parcours des patients pour les cas complexes a été créée en 2019. Celle-ci réunit les acteurs de la prise en charge des patients, médecins, soignants et travailleurs sociaux concernés et se réunit mensuellement.

Pour les personnes âgées dépendantes dont la prise en charge ne relève plus de l'hôpital, mais du médico-social, des lits d'accueils temporaires dans des Ehpad ont été ouverts, essentiellement dans les structures privées. Pour les personnes justifiant d'un accueil en hébergement, cela permet de préparer le dossier administratif d'admission sans occuper un lit à l'hôpital.

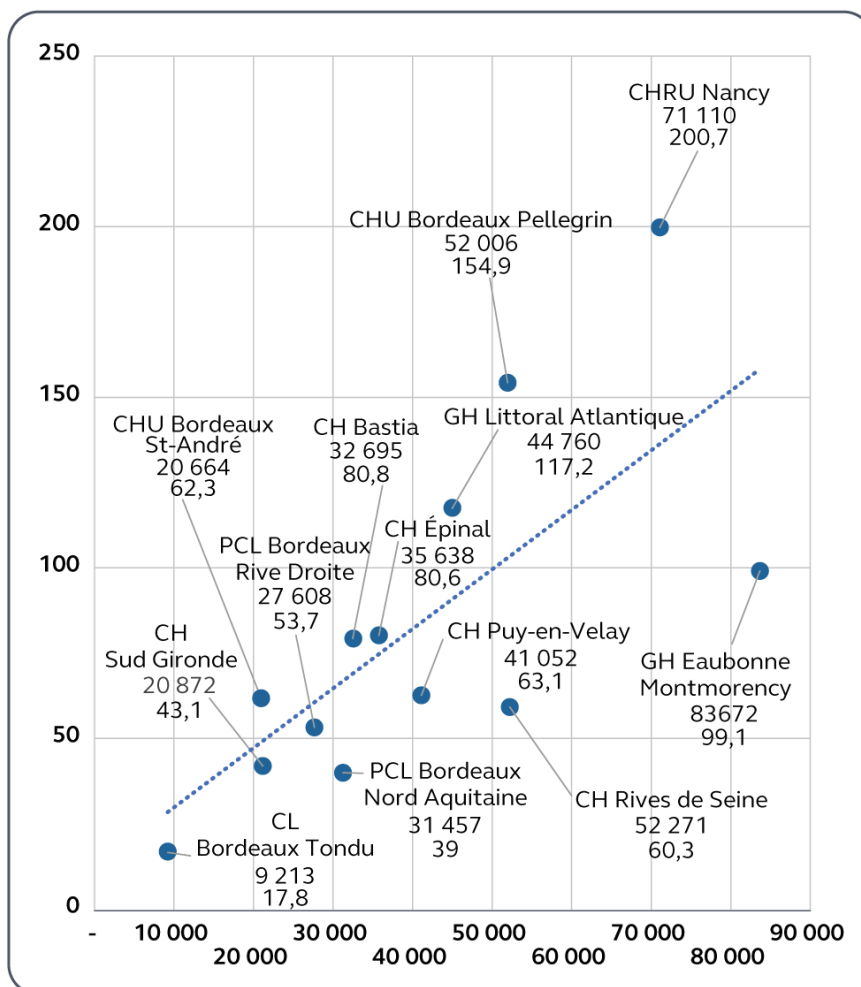
La commission des patients complexes du CH de Vichy

Avec l'appui de la cellule de régulation des lits, l'hôpital de Vichy a récemment engagé un travail de coordination des parcours complexes pour les patients bloqueurs de lits. Ce travail est effectué, depuis le mois de janvier 2023, à partir d'un suivi spécifique des patients dont les séjours d'hospitalisation excèdent 7 et 21 jours.

Afin d'étudier la situation de ces patients bloqués à l'hôpital faute de solution de sortie, une réunion hebdomadaire se tient entre les cadres des différents services, l'assistante sociale référente et le coordinateur du parcours des patients. À cette occasion, les demandes de places en service de soins de suites et de réadaptation (SSR) et les demandes de places en Ehpad sont passées en revue. La CCPNS peut également provoquer la mise en place d'une cellule médicale spécifique pluridisciplinaire (psychiatre, neurologue, gériatre, pédiatre, urgentiste...) pour trouver l'orientation la plus adaptée pour le patient.

Annexe n° 20 : effectif des diverses professions non médicales au sein des structures des urgences des établissements inclus dans le périmètre de l'enquête

Graphique n° 5 : effectif non médical et nombre de passages aux urgences, par an, en moyenne (2017-2023)



Nota : le nombre moyen de passages aux urgences, par an, figure en abscisse (échelle horizontale) et l'effectif du personnel non médical figure en ordonnées (échelle verticale) ; ce diagramme présente une vision d'ensemble de grandeurs relatives, aux éventuelles différences de périmètres près entre les établissements (prise en compte éventuelle d'urgences spécialisées).

Source : Cour des comptes

Annexe n° 21 : exemples de programme d'extension des surfaces liés à l'augmentation du nombre de passages

L'opération de restructuration que le CH de Boulogne-sur-Mer envisage de conduire, pour un montant de 37 M€, doit lui permettre de recevoir 60 000 passages alors que les locaux actuels avaient été conçus pour 40 000 passages.

À l'hôpital Lariboisière (AP-HP) une mission d'enquête conjointe AP HP-ARS notait, en janvier 2019, « *un problème global d'insuffisance de surface du SAU de Lariboisière et du nombre de boîtes d'examen* » avec, pour conséquence, des travaux entrepris par l'AP-HP ayant permis une augmentation des surfaces du SAU de 192 m² en 2020.

Au CHU de Bordeaux, le service des urgences des adultes de l'hôpital Pellegrin, ouvert en 1994, était dimensionné pour accueillir 25 000 passages alors qu'il en accueille le double aujourd'hui, élément conduisant le CHU à programmer, à partir de 2025, d'importants travaux de restructuration et d'agrandissement du service pour un montant de 10 M€ prévus au PGFP à ce stade.

Aux Hospices civils de Lyon, alors que le service d'accueil des urgences de l'hôpital Lyon Sud, ouvert au début des années 1990, a été conçu pour 10 000 passages, le nouveau service ouvert en mars 2024 pourra accueillir 40 000 patients par an, avec une réserve foncière permettant une extension à 50 000 passages. Sur 1 200 m² de surface totale, le service d'accueil des urgences comprend 14 boîtes de prise en charge dont deux consacrés aux urgences vitales, un permettant l'accueil des détenus et des patients agités, et 11 boîtes standardisés pouvant accueillir des patients couchés.

Annexe n° 22 : évolution nationale de la durée moyenne de passage au sein des structures des urgences (2017-2022)

Tableau n° 13 : durée moyenne de passage aux urgences

Durée de passage	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tous passages France						
% de passages inférieurs à 4 heures	67 %	64 %	64 %	63 %	62 %	61 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	96 %	93 %	96 %	97 %	97 %	97 %
% de passages < 4h lors d'une hospitalisation post-urgences	40 %	38 %	37 %	37 %	33 %	30 %
% de passages < 4h lors d'un retour à domicile	74 %	72 %	71 %	72 %	69 %	68 %
Patients de 75 ans et +						
% de passages inférieurs à 4 heures 75 ans +	<i>n. d.</i>	38 %	37 %	37 %	34 %	32 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage 75 ans +	<i>n. d.</i>	93 %	95 %	97 %	96 %	96 %
% de passages < 4h lors d'une hospitalisation post-urgences 75 ans +	<i>n. d.</i>	28 %	27 %	28 %	23 %	20 %
% de passages < 4h lors d'un retour à domicile 75 ans +	<i>n. d.</i>	49 %	48 %	48 %	45 %	43 %

Source : Cour des comptes, d'après les données de la Fédoru

Annexe n° 23 : effectif des médecins exerçant la médecine d'urgence ou détenteurs de la spécialité de médecine d'urgence

L'effectif des médecins exerçant la médecine d'urgence peut être appréhendé selon deux périmètres distincts :

- selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), effectif des médecins détenteurs de toute spécialité exerçant dans les structures des urgences des établissements de santé, publics et privés ;
- selon le Centre national de gestion (CNG), effectif des médecins détenteurs de la spécialité de médecine d'urgence exerçant en établissement public, en structures des urgences ou hors de celles-ci.

Selon la SAE portant sur l'année 2022 qui comptabilise tous les médecins exerçant au sein des structures des urgences, publiques ou privées, quels que soient leurs statuts et leurs spécialités :

- 8 449 médecins exerçaient au sein des structures des urgences, dont 7 510 salariés (84 %) et 939 libéraux (16 %) ;
- 5 084 exerçaient à temps plein (60 %) dont 4 617 salariés et 467 libéraux ;
- 3 365 exerçaient à temps partiel (40 %) dont 2 893 salariés et 472 libéraux.

Selon les données du CNG, qui ne comptabilise que les médecins statutaires opérant au sein des établissements publics :

- au 1^{er} janvier 2024, 5 332 praticiens hospitaliers (PH) de la spécialité médecine d'urgence exerçaient au sein des établissements publics de santé, dont 2 292 femmes (43 %) et 3 040 hommes (57 %) ;
- l'âge moyen était de 49,1 ans, avec un écart important entre les femmes et les hommes (46,6 ans pour les femmes, 51 ans pour les hommes) ;
- au 1^{er} janvier 2014, soit 10 ans plus tôt, on recensait 4 305 PH de médecine d'urgence exerçant en établissement.