

AXE 3 : Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soins non programmés accessible, adaptée et de qualité

Chapitre 2 : Renforcer l'offre de prise en charge des soins non programmés tout en améliorant la coordination des moyens entre l'Hôpital et la Ville

1. Diagnostic et enjeux

L'offre de services d'urgences hospitalières d'Île-de-France occupe une place centrale dans l'organisation des soins urgents et non programmés, en lien avec l'offre de soins de ville et la PDSES. L'activité dans les services d'urgences connaît une augmentation continue ces dernières années, ce qui a induit des tensions considérables sur cette filière. Intégration faite de la forte diminution d'activité pendant la crise COVID, elle a connu une augmentation de plus de 3% en Île-de-France entre 2018 et 2022 (en passant de 3 982 476 à 4 105 824 passages). Au niveau pré hospitalier, le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) est passé de 1 679 341 en 2019 à 2 097 619 en 2022 (+19,94%) alors que le nombre de sorties SMUR (primaires, secondaires et en transports infirmiers inter hospitaliers) a diminué, passant de 112 806 en 2019 à 101 559 en 2022 (-11,07%). En parallèle, les ressources humaines tant médicales que paramédicales diminuent dans les services. Dans ce contexte de tension des services d'urgences hospitalières, des réponses ont été apportées depuis 2019 avec le Ségur de la Santé et le Pacte de refondation des urgences, sans endiguer ces problématiques. L'enjeu pour les 5 ans qui viennent sera de maintenir l'offre afin d'assurer un réseau de recours aux soins urgents hospitaliers cohérent qui permet d'assurer pour la quasi-totalité des Franciliens une couverture en moins de 30 minutes conformément aux orientations nationales.

Les structures d'urgence hospitalières s'intègrent en complémentarité dans un système plus large aux côtés d'autres dispositifs qui constituent la permanence de soins (PDS) en ville tels que la permanence des soins en ambulatoire (PDSA) et les services d'accès aux soins (SAS). Nous connaissons depuis plusieurs années un renforcement de ces organisations de ville sur les soins non programmés, qui s'est traduit par le renforcement de l'offre de PDSA depuis 2018, la mise en place des accords conventionnels interprofessionnels (ACI) portés par l'Assurance Maladie et la mise en place des services d'accès aux soins depuis 2021. Pour autant, l'offre de soins de ville connaît également des difficultés prononcées depuis plusieurs années marquées par les problématiques de désertification médicale. Le développement de l'offre et une amélioration de l'attractivité autour des prises en charge non programmées sont aussi nécessaires à la PDS de ville. Ce renforcement de la PDS devra également passer par une amélioration de sa visibilité auprès des autres acteurs de l'urgence pour améliorer leur articulation, ainsi qu'au grand public pour favoriser l'accès à ce type de soins.

2. Objectifs stratégiques à 5 ans

Afin de maintenir une offre de soins de qualité répondant aux besoins de la population, plusieurs objectifs sont identifiés :

- A. Optimiser l'articulation entre l'hôpital et la ville
- B. Optimiser les organisations territoriales
- C. Fluidifier les parcours hospitaliers
- D. Mieux anticiper les périodes de tension des structures d'urgence pour organiser l'offre de soins lors de ces périodes.
- E. Améliorer l'attractivité de la spécialité et des structures

3. Objectifs opérationnels et moyens d'y parvenir / leviers

A. Optimiser l'articulation entre l'hôpital et la ville

A. 1. Adapter l'offre de ville aux besoins du territoire

Cela passe notamment par la prise en compte des évolutions sociétales et comportementales pour mieux comprendre les attentes des usagers et aider à proposer des offres de soins adaptées. Il sera aussi nécessaire de cadrer des dispositifs organisationnels innovants pouvant répondre à des besoins particuliers (Unités mobiles de télémédecine, mobilisation des IDEL par le SAMU, IDE aux CRRA-15, etc...).

La généralisation des SAS dans les différents départements de la région, le renforcement de la PDSA et leurs déclinaisons aux médecins spécialistes et professionnels paramédicaux font aussi partie des actions nécessaires à l'atteinte de l'objectif d'adapter l'offre aux besoins.

A. 2. Eduquer les patients au bon usage des dispositifs d'urgences

Dans le souci d'une bonne articulation entre les services d'urgences hospitalières et la PDS en ville, l'accent devra être porté sur la communication auprès du grand public concernant le bon usage des dispositifs de SNP : sur le fait que la PDSA tout comme le SAS ne sont à mobiliser qu'en cas d'urgences (non vitales), en l'absence de disponibilité du médecin traitant et d'une autre solution de consultations en ville.

A. 3. Préciser l'offre de soins non programmés en ville

Les organisations de ville sur les soins non programmés sont diverses. En effet la permanence de soins est organisée à plusieurs échelles sur l'ensemble des plages horaires de la journée.

Sur les horaires dits de journée (de 8h à 20h les jours ouvrables et le samedi de 8h à 12h), chaque médecin libéral peut organiser des plages de consultations sans rendez-vous. A l'échelle de regroupement (ESP, MSP, CDS, CPTS) des organisations semblables sont également mises en place pour proposer des plages de consultations non programmées. Ces organisations ne sont pas obligatoires sauf dans le cas où les acteurs souhaitent contractualiser avec l'Assurance Maladie via les ACI pour prétendre à une rémunération forfaitaire complémentaire à la rémunération à l'acte. Au 31 décembre 2022, 148 MSP sur les 162 en fonctionnement sont signataires de l'ACI, 72 CPTS signataires sur les 73 validées en IDF.

La PDSA est le dispositif permanence de soins non programmés assurés en ville, par des médecins volontaires, en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux. La permanence de soins ambulatoire est organisée toutes les nuits de 20h à 8h, le samedi de 12h à 20h, les dimanches, jours fériés et ponts mobiles de 8h à 20h.

Pour renforcer la PDS en ville, il sera nécessaire de pouvoir préciser l'offre de SNP pour le SAS et favoriser l'inscription des médecins effecteurs à la plateforme numérique nationale. Il faut noter que les consultations sans rendez-vous organisées en ville par les médecins libéraux sont souvent réservées à la patientèle médecin traitant des médecins concernés. Afin de garantir une offre d'effectif en journée pour le SAS il sera nécessaire de gagner en visibilité sur les organisations de consultations sans rendez-vous hors patientèle qui peuvent être proposées en ville. Des travaux de recensement et de cartographie de cette offre seront à réaliser dans le cadre du PRS 3.

Le cadrage national puis régional du fonctionnement des centres de soins non programmés sera également nécessaire pour organiser leur intégration dans l'effectif du SAS.

A. 4. Décliner la permanence de soins à d'autres spécialités que la médecine générale

Le développement des dispositifs de gardes prévues par la loi Rist permettra de proposer une offre de soins adaptée en ville et d'éviter les passages aux urgences non justifiés. Il passera par l'organisation et le cadrage des permanences permettant de structurer une réponse régionale aux demandes de soins urgents bucco-dentaires, maïeutiques et infirmiers.

Dans l'objectif d'étendre l'activité de PDSA à certaines spécialités médicales, des travaux préalables seront à mener pour gagner en visibilité sur l'offre de spécialistes en ville sur les différents territoires de la région. Un lien devra être fait avec la PDSSES.

Il sera nécessaire de définir les modalités des astreintes de spécialistes dans le cadre de la déclinaison de l'offre de PDSA. Cela permettra d'organiser les liens nécessaires entre cette PDSA et la PDSSES sur certaines spécialités, notamment en cardiologie.

Le nécessaire gain de visibilité sur l'offre de soins en spécialistes médicaux devra passer par un travail plus global entre acteurs sur les parcours de soins. Des outils permettront également de faciliter les liens et seront à construire : en particulier des cartographies et annuaires.

A. 5. Renforcer l'articulation entre l'hôpital et la ville

Que ce soit en amont ou en aval, l'articulation ville hôpital doit être renforcée afin de proposer une réponse adaptée aux moyens.

En amont, outre le SAS, en vue d'optimiser la réorientation des patients relevant des SNP depuis les SAU, des protocoles doivent se mettre en place dès l'accueil des urgences hospitalières, qui s'articuleront avec les différents dispositifs de SNP. Pour l'aval, une organisation du retour au domicile est à promouvoir dès les urgences en s'appuyant sur les solutions de ville (HAD, EHPAD, IDEL...). L'établissement de santé doit renforcer son dispositif de gestion des parcours sanitaires et médico-sociaux et s'occuper de la recherche de solutions d'aval. Il doit se tourner vers la ville pour organiser une prise en charge médicale ou médico-sociale plus efficiente permettant un retour rapide au domicile.

L'hôpital devra également davantage s'ouvrir sur la ville. Des travaux seront menés pour généraliser les solutions de type plateforme permettant de contacter les services hospitaliers selon différentes modalités en fonction des besoins :

- Demande d'avis médicaux rapides par téléphone

- Demande d'avis par écrit / télé-expertise
- Demande d'adressage direct de patients dans le service pour une consultation, une HDJ ou une hospitalisation complète
- Demande pour présenter un patient suivi en ville en staff pluri pro en établissement de santé

B. Optimiser les organisations territoriales

B. 1. Renforcer la place du SAMU – CRRA-15 dans la régulation de l'offre

Il est nécessaire :

- de réaffirmer la place centrale du SAMU en matière de régulation. Le régulateur doit pouvoir réguler et orienter vers l'offre de soins adaptée sans contrainte. En matière d'orientation, la sectorisation géographique et par filière doit s'organiser au sein de la région selon 3 axes tout en respectant la volonté du patient:
 - Maillage de proximité,
 - Maillage départemental pour SAMU/SMUR,
 - Maillage régional pour tout ce qui est filière (caisson, trauma center, grands brûlés...)
- de ne pas se centrer exclusivement sur les ressources médicales. Il sera nécessaire de renforcer la régulation et mettre à profit tous les effecteurs notamment pour le SMUR en développant les transferts infirmiers inter-hospitaliers (TIIH).

B. 2. Consolider les nouvelles organisations de transports sanitaires urgents dans les départements de la région

Dans la période du PRS 3, l'objectif principal consistera à préserver l'attractivité de la garde ambulancière pour les transporteurs sanitaires privés et publics et de réduire le nombre de carences ambulancières. La réforme devra être poursuivie, notamment en termes de gradation de l'offre de transports sanitaires adaptée aux besoins (quotas et hors quotas). Il apparaît aussi nécessaire de faciliter l'activité des transporteurs sanitaires par le biais d'un travail à mener en lien avec les préfectures de sorte à faciliter la circulation des véhicules.

Une poursuite de la logique d'amélioration de la qualité de service sera aussi importante et passera par un investissement en matière de formation des ambulanciers et partenaires ainsi que par la mise en place d'outils de géolocalisation.

B. 3. Maintenir les filières d'urgences spécialisées déjà en place

L'existence de ces filières n'est pas remise en cause. En effet, le bénéfice pour la population est incontestable et en ce sens même si les moyens de fonctionnement et de financement doivent être établis, celles-ci doivent continuer à exister dans l'offre de soins non programmés.

C. Fluidifier les parcours hospitaliers

C. 1. Renforcer les fonctions de bed management dans les établissements de santé

Des cellules de gestion de lits devront être mises en place dans tous les établissements de santé. L'identification de référents « gestion des lits » se fait progressivement dans les établissements de la région. En termes d'animation territoriale, l'accent sera mis auprès des établissements pour que chacun d'entre eux dispose au minimum d'un référent « gestion des lits ». Une animation sera mise en place pour conforter et consolider les organisations liées à la gestion des lits dans le cadre du PRS 3.

D. Mieux anticiper les périodes de mise en tension des structures d'urgence et de soins non programmés pour organiser l'offre de soins lors de ces périodes.

D. 1. Améliorer le pilotage et le suivi de l'activité des urgences

Mieux anticiper passe par mieux connaître et mieux mesurer l'activité des urgences : pour cela, les outils de prédiction et de surveillance des tensions doivent être améliorés, notamment l'indicateur « lits brancards » qui doit être étendu à tous les établissements disposant d'un SAU de sorte à monitorer l'accès à l'aval des urgences, au niveau de chaque établissement, ainsi qu'à la maille départementale et régionale. Le développement du SI SMUR permettra de mieux évaluer l'activité et les besoins en SMUR de notre territoire. Des travaux devront permettre une meilleure communication des données d'activité aux tutelles et entre acteurs de l'hôpital et de la ville.

Afin d'améliorer la prise en charge lors de ces périodes, 4 plans à écrire sont identifiés:

- Plan de montée en puissance des SAMU, reprenant la partie réserve opérationnelle du plan rebond.
- Plan de délestage de longue durée : formaliser la mise en place de l'organisation territoriale associée à la fermeture d'un service d'urgences prévue sur une longue période.
- Plan de désaturation des urgences : définir le niveau de "saturation" des urgences puis proposer des solutions pour sortir de cet état. Le niveau de saturation sera composé d'un ensemble de cofacteurs à définir avec les acteurs qui permettent de témoigner de la saturation d'un SAU : taux d'augmentation des RPU par rapport à l'activité de base, nombre de passages de patients de plus de 75 ans, nombres de patients couchés, temps d'attente aux urgences...
- Plan de monitoring des tensions à déployer à chaque épisode de tensions sur l'offre de soins non programmés

Mieux connaître et mieux mesurer l'activité des urgences et des soins non programmés sera également nécessaire dans la période du PRS 3. Cela passera par un renforcement du travail en collaboration avec l'observatoire régional des soins non programmés d'Île-de-France afin de promouvoir l'animation territoriale sur la qualité des données des structures, améliorer la connaissance de l'activité, valoriser l'expertise métier.

Cela passera également par la remontée d'indicateurs d'activité en ville sur la PDSA et le SAS, avec la mise en place des outils nécessaires au pilotage optimal de ces activités (automatisation de la remontée des données, consolidation des listes d'indicateurs, informatisation des acteurs de la PDSA lorsque nécessaire).

E. Améliorer l'attractivité de l'activité de soins non programmés

E. 1. Renforcer l'attractivité des activités d'urgences et de permanence de soins, de manière équilibrée entre la ville et l'hôpital

L'attractivité au sein de la médecine d'urgence, passera par le développement de l'offre de formation sur tout le territoire. Mais aussi par une meilleure répartition de la charge, en mutualisant les équipes sur différentes zones d'activité.

Le sujet de l'attractivité de la PDSA et plus largement de la PDS sont également des enjeux majeurs au niveau de la permanence de soins. Il passera notamment par davantage de communication, de formation et de valorisation de l'activité réalisée.

En outre, le gain d'attractivité passera par le renforcement des effectifs de manière équilibrée entre l'hôpital et la ville de sorte à garantir de bonnes conditions de travail pour les professionnels qui s'y investissent. Il sera donc nécessaire de trouver un juste équilibre entre la médecine d'urgence et la ville dans le renforcement des effectifs de régulation (ARM, OSNP, régulateurs médicaux). Au vu des missions d'organisation et de fonctionnement attendus au niveau de l'effectif, il sera également nécessaire d'accompagner et de renforcer les acteurs de ville dans la coordination, indispensable à l'atteinte des objectifs fixés par le SAS et la PDSA. L'attractivité prendra en compte aussi l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) en termes de logement, d'accès au travail, de garde d'enfants. La QVT induit la nécessité d'être soutenu par son institution. En cas de plainte, les personnels impliqués doivent être mis au courant et bénéficier d'une aide juridique. De même, en cas d'agression, ils doivent être accompagnés tant au plan psychologique que juridique.

Le sujet de la sécurité des médecins libéraux dans leur activité de PDSA sera aussi un enjeu important, où des solutions devront être proposées, en lien avec les établissements de santé et les collectivités.

Indicateurs de suivi

Indicateurs	Méthode de construction	Valeur d'origine	Valeur cible
Nombre de passages aux urgences	Comparaison du nombre régional de RPU de 2023 à 2028		
Nombre de passages aux urgences évités par une orientation adaptée vers la ville	Nombre de patients orientés vers la ville par les SAS Franciliens de 2023 à 2028 Nombre de consultations et visites à domicile organisées en horaires PDSA de 2023 à 2028		
Mise en place des Services d'Accès aux Soins	Effectivité des SAS dans les différents départements de la région : Gouvernance arrêtée et déploiement effectif des fonctionnements des CRRA-15 en mode SAS Nombre d'effecteurs en ville connectés au SAS Nombre de patients pris en charge via le SAS		
Attractivité de l'activité de soins non programmés	Evolution du nombre de lignes de gardes en SAU et SMUR sur la région Evolution du nombre de médecins participant au SAS et à la PDSA, en régulation et en effecton Evolution du nombre de professionnels de santé participant aux autres permanence de soins (médecins spécialistes hors médecine générale, IDE, sage-femme) Evolution du nombre de sociétés de transports sanitaires participant à la garde ambulancière		
Adaptation des organisations territoriales	Formalisation des plans de montée en puissance (SAMU, régulation libérale, SAU) et plans de monitoring des tensions Mise en place et animation d'un réseau de bed manager à l'échelle de la région Diminution du nombre de carences ambulancières		
Anticipation des périodes de mise en tension des structures d'urgence et organisation de l'offre de soins lors des périodes de mise en tension sur le système de santé	Mise en place d'un outil de prévision des niveaux d'activité programmée et non programmée en lien avec le DIRNOV Suivi et animation autour des indicateurs existants : lits brancard, BJML, capacitaires enquêtes ADHOC, météo urgences, météo SAMU, application mes urgences		