

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

URGENCES HOSPITALIÈRES, POUR UN PLAN D' ACTIONS GLOBAL

LES PROPOSITIONS
DE LA FHF

Septembre 2019

Sommaire

■ ÉDITO	P.03
LE MOT DU PRÉSIDENT ET DE LA DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE	
■ AXE 1	P.04/05
AMÉLIORER L'AMONT DES URGENCES	
■ AXE 2	P.06
AMÉLIORER LES PARCOURS DE SANTÉ DES PATIENTS CHRONIQUES OU FRAGILES	
■ AXE 3	P.07
ADAPTER LE MODÈLE ÉCONOMIQUE	
■ AXE 4	P.08
REPENSER L'AVAL	
■ AXE 5	P.08/09
IMPULSER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES AU REGARD DES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES	
■ INFOGRAPHIE	P.10
LE FONCTIONNEMENT DES URGENCES	
■ SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX	P.11
LES GRANDES PRISES DE PAROLE FHF	

Édito

LE MOT DU PRÉSIDENT ET DE LA DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE

PANSER LES URGENCES, (RE)PENSER LE SYSTÈME DE SANTÉ

Avec 21 millions de passages annuels dont plus de 8 sur 10 accueillis dans les 520 services publics hospitaliers¹, les urgences sont le pivot des soins urgents, des soins non programmés et de la permanence des soins. Si le nombre de passages s'est vu **multiplié par 2 en 10 ans**², c'est en raison de problématiques organisationnelles en amont et en aval des services d'accueil des urgences.

Parce qu'elles sont le lieu de cristallisation de l'ensemble des dysfonctionnements du système de santé, les urgences arrivent aujourd'hui à saturation. Le constat n'est pas nouveau : la Fédération hospitalière de France (FHF), en tant que « maison commune des hospitaliers », n'a eu de cesse – depuis de nombreuses années – de tirer la sonnette d'alarme. « Ça ne passe plus » a dit le Premier Ministre dans son discours d'Eaubonne du 13 février 2018 ; « l'hôpital est au bout de ce qu'il peut faire pour pallier notre désorganisation collective et c'est particulièrement vrai pour ses services d'urgences » a renchéri le Président de la République le 18 septembre suivant.

Mais l'heure n'est plus à la réflexion, au diagnostic ; l'heure est à l'action. À la « transformation » nous dit-on. Un an déjà après l'annonce de « Ma Santé 2022 », la FHF va plus loin dans ses propositions et actions qu'elle consigne dans le présent recueil à travers cinq axes incontournables.

Il est nécessaire de focaliser l'action sur les causes réelles de ces dysfonctionnements – se tromper sur les causes, c'est se tromper sur les remèdes. Pour la FHF, il est urgent de travailler sur l'amont des urgences en repensant les liens avec la médecine de ville et sur l'aval en stoppant la diminution capacitaire pour des motifs purement comptables. **Par ailleurs, avec nos adhérents, nous poursuivrons nos engagements pour développer tous les dispositifs qui permettent d'optimiser les parcours de soins dans le cadre de nos groupements hospitaliers de territoire (GHT).**

La FHF propose un plan d'actions global visant à réaliser une convergence des devoirs entre tous les acteurs de la santé au service des patients.



FRÉDÉRIC VALLETOUX,
Président de la Fédération hospitalière de France



ZAYNAB RIÉT,
Déléguée générale de la Fédération hospitalière de France

¹En 2017. Source : Panorama des établissements de santé, Drees - ²Ibid.

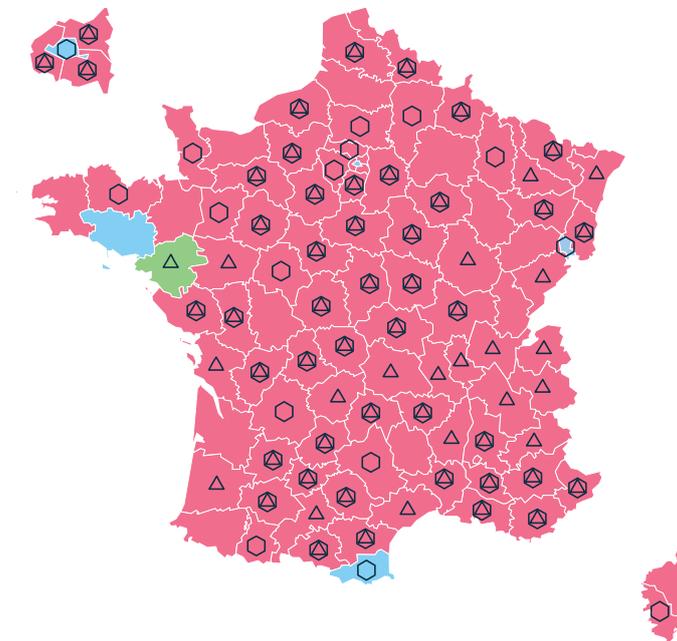
Axe 1

AMÉLIORER L'AMONT DES URGENCES

94,8 % des départements connaissent une baisse des médecins généralistes et une hausse des passages aux urgences. Il ne faut donc pas plus de services d'urgences, publics ou privés, mais plus d'accès aux soins primaires.

Corrélation entre la baisse des médecins généralistes et la hausse des passages aux urgences

Évolution des Actifs à Part Entière et des passages aux urgences par département entre 2011 et 2016



	Passage aux urgences	APE (médecins généralistes)	
	Augmente	Augmente	1,0 % des départements
	Baisse	Baisse	4,2%
	Augmente	Baisse	94,8%
Évolution de plus de 10 %	△	◻	⊗ Les deux

Source : Heva pour la FHF, 2018

LES MESURES À METTRE EN PLACE :

- **Privilégier une régulation et orientation téléphoniques via un numéro unique santé.** Une régulation en amont doit permettre de désengorger les services d'urgences des consultations non programmées pour des pathologies du quotidien. Il est nécessaire d'avoir **un seul point d'entrée santé via le 15, numéro unique et régulateur médical**, constituant la plateforme santé centrée sur l'orientation vers la bonne offre de soins.

Axe 1

AMÉLIORER L'AMONT DES URGENCES

LES MESURES À METTRE EN PLACE :

- **Organiser, sous la responsabilité de l'Agence régionale de santé (ARS), la prise en charge des soins non programmés par territoire en mobilisant l'ensemble des professionnels et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).** La prise en charge des soins non programmés reste insuffisante et nécessite une organisation territoriale garantissant un accès aux soins en ville (prolongation d'ouverture des cabinets) ou en complémentarité ville-hôpital (maisons de santé à exercice partagé) jusqu'à 22 heures. **Les ARS doivent pouvoir anticiper et contractualiser avec les organisations sur le territoire** (information sur les fermetures de cabinets, cartographie des périodes de tension et solutions à mettre en œuvre, etc.). **Les CPTS doivent avoir la responsabilité d'organiser des plages dédiées de consultations non programmées avec l'ensemble des professionnels libéraux sur le territoire.** À titre d'exemple, envisager d'avoir, en ville et selon les spécificités territoriales, la réservation de plages horaires journalières consacrées aux soins non programmés vers lesquelles le 15 orienterait les patients concernés.
- **Restaurer, sous la responsabilité de l'ARS, une obligation de résultat en termes de permanence des soins ambulatoires (PDSA).** En s'appuyant sur les CPTS là où elles existent et dans le cadre d'une organisation informelle ailleurs, les professionnels de santé libéraux organisent la permanence des soins ambulatoires. **À défaut de disposer (à J - 30) d'une liste permettant d'assurer la PDSA, l'ARS prend les dispositions qui s'imposent pour assurer la PDSA.**
- **Développer la territorialisation et la gradation des services d'urgences.** Pour rappel, un service d'urgences est nécessairement ouvert 24h/24 ; l'appellation « urgences » étant absolument réservée à une structure capable d'assurer la prise en charge des urgences 24h/24. Les structures n'assurant pas cette prise en charge sont des « centres de soins non programmés » qui devront participer à la prise en charge des soins non programmés ambulatoires et hospitaliers. Afin d'améliorer l'accès aux soins et la pertinence des organisations tout en assurant une meilleure répartition des ressources sur le territoire, il est nécessaire de **mettre en place des « antennes de médecine d'urgence » rattachées à un service d'urgences et adossées à un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR fonctionnant 24h/24 et couvrant les urgences graves du territoire, dans le cadre d'une organisation territoriale).**
- **Mettre en place une campagne d'éducation à la santé afin d'accompagner /sensibiliser la population aux bons réflexes, au numéro d'appel unique et au recours pertinent au bon niveau de soins.**

Si l'on souhaite faire évoluer la consommation de soins, il serait utile de sensibiliser le public avec un grand programme d'éducation à la santé.

Axe 2

AMÉLIORER LES PARCOURS DE SANTÉ DES PATIENTS CHRONIQUES OU FRAGILES (PERSONNES ÂGÉES, PATIENTS CHRONIQUES OU ATTEINTS DE PATHOLOGIES MENTALES)

Pour limiter les passages inadéquats aux urgences mais aussi parce que le mode d'entrée par les urgences est un facteur de risque pour les personnes âgées, les initiatives et dispositifs permettant de limiter les orientations inadap- tées aux urgences en provenance d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou du domicile doivent être développés.

LES MESURES À METTRE EN PLACE :

- **Généraliser le dispositif de mutualisation d'infirmiers de nuit (ou d'astreinte infirmière) dans tous les EHPAD.** En effet, il a été démontré que le recours possible à une évaluation paramédicale et donc à un premier niveau de régulation permettait de réduire les hospitalisations en urgence évitables en provenance d'EHPAD la nuit³.
- **Former les professionnels des EHPAD à un recours optimal aux urgences.** Le rapport Libault évoque le projet ASSURE (Amélioration des soins d'urgence en EHPAD) actuellement expérimenté dans la région des Hauts-de-France et qui mériterait d'être généralisé à l'ensemble du territoire.
- **Développer les équipes mobiles de gériatrie (EMG) et de soins palliatifs, élargir leurs domaines d'application en matière de suivi, détection, orientation, coordination...** Le développement des interventions extrahospitalières des EMG, qui assurent des missions d'évaluation gériatrique globale, d'interface et de diffusion de l'expertise hospitalière en gériatrie constitue un levier pour prévenir au sens large des hospitalisations évitables de personnes âgées mais aussi les passages inadéquats aux urgences. La FHF considère comme indispensable de déployer beaucoup plus massivement ces unités et de prévoir leurs interventions non plus seulement au sein de l'hôpital et des EHPAD mais aussi au domicile des personnes âgées poly-pathologiques en lien avec les professionnels médicaux et paramédicaux de ville⁴.
- **Développer des filières d'accès direct aux soins hospitaliers.** Face à une hospitalisation nécessaire, qui s'avère le plus souvent non programmée chez une personne âgée poly-pathologique, l'admission directe en service spécialisé permet d'accéder à des soins plus rapides et plus appropriés en évitant les effets délétères du temps d'attente aux urgences.
- **Organiser une permanence gériatrique téléphonique (ou numérique, via la télémédecine).** La mise en place d'une telle permanence constituerait un support indispensable aux professionnels de santé et aux établissements en leur permettant d'accéder à un avis expert avant transfert aux urgences.
- **Développer la santé connectée et la généraliser (suivi, détection, télémédecine).** Tous les EHPAD doivent être équipés dans les meilleurs délais pour accéder à la télémédecine. Il est également nécessaire d'identifier un « forfait technologique » permettant de tirer parti des géronto-technologies et permettant de recruter des personnels formés à l'apprentissage par les professionnels et les usagers de ces nouvelles technologies.

La santé connectée est à généraliser également pour un meilleur maintien au domicile.

³ L'étude menée par le Gérodiff sur 21 EHPAD expérimentant des infirmiers diplômés d'état (IDE) de nuit mutualisés montre que les dépenses nouvelles sont largement compensées par les économies d'hospitalisation (- 4 jours d'hospitalisation par an / résident et une amélioration de la qualité (acte de soins palliatifs multipliés par trois notamment)). - ⁴ Prévoir un minimum de 50 M€ de mesures nouvelles pour les équipes mobiles de gériatrie dans les années à venir.

Axe 3

ADAPTER LE MODÈLE ÉCONOMIQUE

Particulièrement complexe, le financement des services d'urgences associe une part forfaitaire annuelle – le forfait annuel des urgences (FAU) – et la facturation d'actes et de forfaits, variables selon la prise en charge du patient⁵.

Plusieurs évolutions apparaissent souhaitables. Il s'agit d'abord de réviser les référentiels qui servent à calculer le financement aux établissements, pour **répondre à la réalité des coûts**. Ensuite, la **simplification** du dispositif de facturation, peu efficient en situation d'urgence, permettrait d'alléger la gestion administrative par les établissements. Comme le relevait enfin le rapport Mesnier de mai 2018, « un report [de l'activité] sur la médecine de ville doit prendre en compte également le mode de financement des urgences, qui repose sur un coût moyen: si **moins de cas légers sont pris en charge aux urgences, alors les cas restants doivent être davantage financés** pour maintenir l'équilibre financier de l'hôpital ».⁶

LES MESURES À METTRE EN PLACE :

- **Réviser le référentiel de moyens valorisés utilisé pour déterminer l'enveloppe allouée à chaque service d'urgences.**
Le référentiel actuel du FAU est basé sur l'année 2013. **Il est nécessaire de l'actualiser** à 2019 (prise en compte d'évolutions majeures comme le protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR), l'évolution du point d'indice...) et d'acter le principe suivant lequel le référentiel sera revu régulièrement. **Le périmètre du référentiel** mériterait également d'être revu (prise en compte de surcoûts liés à la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)).
- **Pour les passages non suivis d'hospitalisation, réduire ou remplacer le financement à l'acte par une dotation qui recouvrerait l'enveloppe financière totale correspondant à la facturation des actes, consultations et forfaits Accueil et traitement des urgences (ATU) ainsi qu'au forfait FAU⁷.** Le nouveau forfait serait sanctuarisé pour assurer la stabilité des services d'urgences, mais adossé à un référentiel dynamique prenant en compte la qualité et des indicateurs d'activité. En cas de maintien d'un financement au passage, les tarifs des forfaits ATU et des actes et consultations externes sous-financés (Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) de 2012) doivent être revalorisés.
- **Pour les passages suivis d'une hospitalisation sans retour à domicile dans les 24 heures (hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)), maintenir le financement à l'activité par groupes homogènes de séjours (GHS) et créer une majoration tarifaire afin de tenir compte du surcoût organisationnel d'une hospitalisation non programmée.**

⁵ Un passage aux urgences donnant lieu à hospitalisation est financé par le tarif du séjour (GHS). Un passage ne donnant pas lieu à hospitalisation fait l'objet de la facturation d'un forfait Accueil et Traitement des urgences (ATU, 25,36€) et des actes et consultations dont bénéficie le patient. - ⁶ « Assurer le premier accès aux soins », rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, mai 2018. - ⁷ Hors urgences spécialisées en ophtalmologie, gynécologie, dentaire, obstétrique et cardiologie.

Axe 4

REPENSER L'AVAL

Il s'avère essentiel de reconsidérer la diminution capacitaire et de rouvrir des lits là où ils sont nécessaires.

LES MESURES À METTRE EN PLACE :

- **Mettre un terme aux injonctions contradictoires et mettre fin à la fermeture des lits de médecine pour motifs uniquement comptables.** Il ne faudrait pas faire la même erreur avec la médecine ambulatoire que celle commise pour la chirurgie ambulatoire. Il faut donc mieux prendre en compte les populations concernées sur le territoire et leur vulnérabilité ainsi que la recrudescence des pathologies chroniques.
- **Mettre un terme à la diminution du nombre de lits de médecine exigée par les plans d'efficience et le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) qui rend plus difficile l'orientation des patients.** Les mesures permettant de conserver des lits d'aval afin d'hospitaliser les patients ne sont plus des marges de manœuvre à la main des établissements. Les plans d'économies imposés à l'hôpital ont conduit à imposer des fermetures de lits afin de générer des réductions d'effectifs, alors que ces lits font actuellement défaut pour accueillir les patients issus des urgences.

Axe 5

IMPULSER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES AU REGARD DES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES

La question des urgences invite notamment à répondre aux enjeux de démographie médicale et paramédicale.

LES MESURES À METTRE EN PLACE :

- **Prévenir l'arrivée aux urgences en développant le suivi de patients chroniques en ville par des équipes mobiles hospitalières ou mixtes, en relation avec le médecin traitant.** L'exercice infirmier en pratique avancée (IPA) est une opportunité pour les urgences. Si les urgences ne relèvent pas aujourd'hui du périmètre des pratiques avancées, leur déploiement doit, à terme, permettre d'éviter des passages aux urgences, notamment en améliorant la prise en charge ambulatoire sous l'égide d'un IPA, une fois le patient vu par un médecin. Dans l'immédiat, il conviendrait de renforcer la coordination de la prise en charge paramédicale des patients atteints de maladies chroniques à domicile. La mise en place d'équipes mobiles hospitalières ou mixtes (hôpital-ville), en relation avec les médecins traitants, permettrait d'améliorer la prise en charge (observance du traitement, éducation, prévention) et d'ajuster les stratégies thérapeutiques plus précocement. Par ailleurs, les patients nécessitant une hospitalisation seraient orientés plus rapidement dans le service concerné (sans passage obligé par le service des urgences) et sans risque de mauvaise orientation (accès direct dans le service concerné). Le développement de la télémédecine est un outil indispensable et un lien supplémentaire à développer dans ce cadre.

IMPULSER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES AU REGARD DES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES

LES MESURES À METTRE EN PLACE :

■ Dans un contexte de pénurie médicale, reconnaître les compétences paramédicales.

Faire évoluer le décret de compétences infirmier et le référentiel d'activité aide-soignant pour tenir compte de la réalité de l'exercice aux urgences :

- L'immobilisation en gypsothérapie ;
- Des interventions en petite traumatologie : la pose de colle et, après avis médical, la suture de petites plaies ;
- La prise en charge des morsures de tiques ;

Il apparaît également pertinent de généraliser les transports infirmiers inter-hospitaliers pour les transports secondaires.

Intégrer dans le référentiel d'activité aide-soignant la réalisation des électrocardiogrammes (ECG) et les glycémies capillaires.

Définir des protocoles de coopération nationaux relatifs aux urgences :

Rédiger un protocole de coopération au niveau national, tel que prévu par l'article 66 de la loi de transformation du système de santé, portant sur la possibilité pour les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) de prescrire des bilans sanguins et des examens radiologiques.

Déployer les nouveaux métiers comme les « bed managers » pour recentrer les professionnels médicaux et soignants sur leur cœur de compétences :

Soutenir financièrement l'acquisition de logiciels adaptés et nécessaires au déploiement de ces organisations.

■ Rendre attractif l'exercice médical aux urgences, et fidéliser les médecins urgentistes.

Sanctionner l'exercice de « mercenaire » :

Sanctionner fermement, au niveau déontologique, les médecins demandant une rémunération supérieure aux plafonds définis par la réglementation.

Valoriser les sujétions spécifiques :

Supprimer le plafond s'appliquant à la défiscalisation du temps de travail additionnel (TTA) permettrait de minorer les différences de rémunération entre intérim et exercice salarié, et ainsi de revaloriser les sujétions des hospitaliers.

Diversifier les modalités d'exercice et accompagner les deuxièmes parties de carrières :

Proposer des parcours individuels diversifiés sur les besoins identifiés à l'échelle territoriale.

Renforcer les relations entre les conseils départementaux de l'ordre et les établissements pour mieux accompagner les réorientations par le dispositif de requalification

Envisager un droit à reconversion, c'est à dire un statut des praticiens en formation initiale lors d'un changement de spécialité par l'acquisition d'un second diplôme d'études spécialisées (DES).

Infographie

LE FONCTIONNEMENT DES URGENCES

QUELQUES CHIFFRES

21 MILLIONS de passages/an aux urgences (x2 en 20 ans)

82% ASSURÉS par le public (13% privé, 5% ESPIC)

650 SERVICES d'urgences en France (dont 520 publics)

37% des hospitalisations ont pour **mode d'entrée** les urgences

13,1 MILLIARDS de dépenses d'assurance maladie reliées à un passage aux urgences

LE FAU (Forfait Annuel des Urgences) s'élève à **730 000€** pour les **9000 premiers ATU** (Accueil et Traitement des Urgences) facturés (forfait ATU : 25,36€ en 2018)

TYPOLOGIES DES PATIENTS PASSANT AUX URGENCES



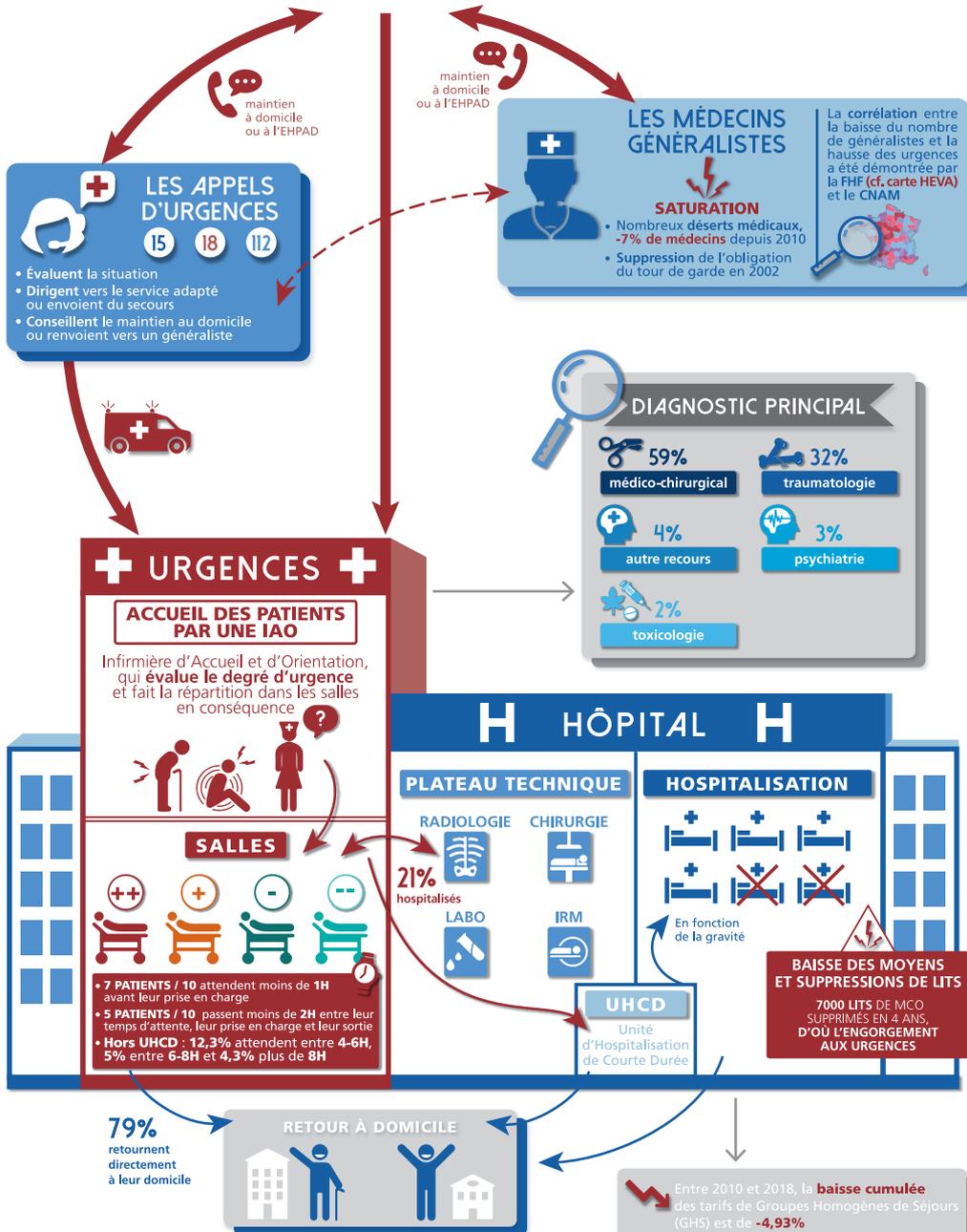
EHPAD et autres établissements médico-sociaux

PARTICULIERS

- Âge moyen : **38,8 ans**
- 28% de -18 ans (dont 31% de -5 ans)
- 13% de 75 ans et +



3 PARCOURS POSSIBLES POUR ACCÉDER AUX URGENCES



SOURCES : Cour des Comptes, DREES, CNOM, SAE, Fédorou et FHF Data

Sur les réseaux sociaux

LES GRANDES PRISES DE PAROLE FHF

15 juin



Les **#urgences** publiques : la seule lumière allumée 7 jours sur 7, 24h sur 24 pour tous.

→ Retrouvez la tribune de **Frédéric VALLETOUX** dans **Le Journal du Dimanche** : « Non, les patients ne sont pas responsables de l'engorgement des urgences ».



1^{er} juillet



@fredvalletoux : « Les urgences ne sont que la partie immergée de l'iceberg car c'est tout l'hôpital qui est en danger et qui a besoin d'un traitement important. Le gouvernement lance une réforme Ma Santé 2022 mais comment passe-t-on 2019, 2020, 2021 ? »

14 août



En réponse à **@laFHF** par **@fredvalletoux** : « On parle de cette grève et on parle de l'**#hôpital**, du système de **#santé**. Les services d'urgences sont autant sollicités car c'est le système de santé qui est malade. Quand on cherche un médecin, on va là où la lumière est allumée et elle est à l'hôpital. »

14 juin



#Urgences Les annonces de **@agnesbuzyn** de ce matin ont le mérite d'exister, mais elles ne sont que des mesures d'accompagnement. La crise des urgences, c'est la crise du système de santé. Sans implication de la médecine de ville, le fond du problème ne sera pas réglé. **@RTLFrance**



15 août



france culture
« Les difficultés rencontrées par les **#urgences** concernent en réalité tous les étages de l'**#hôpital**. C'est le système **#santé** de qui est malade et c'est pourquoi tant les professionnels que les Français attendent des réformes d'ampleur et globales. »
@franceculture @juliegacon





FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 BIS RUE CABANIS – 75993 PARIS CEDEX 14

TÉLÉPHONE + 33 (0)1 44 06 84 44

FAX +33 (0)1 44 06 84 45

MAIL FHF@FHF.FR

— WWW.FHF.FR —

