

Un pacte de responsabilité pour les urgences

Les conférences représentant les directeurs généraux des CHU et des CH, font le constat commun d'une crise persistante et récurrente des urgences, malgré l'importance des moyens mobilisés au cours des dernières années et la multitude des rapports et plans *ad hoc* adoptés par le passé.

La saturation des urgences, mise en lumière régulièrement dans les médias, n'est en réalité que le symptôme de dysfonctionnement du système de santé qu'il devient indispensable de traiter au risque de voir le rôle des services d'urgences dénaturé.

Les conférences estiment que le problème central ne se situe pas dans les services d'urgences mais en amont et en aval des urgences.

Dans un contexte de vieillissement accéléré de la population (l'entrée dans l'âge de la dépendance de la génération du baby-boom étant prévu en 2030), les conférences appellent à un pacte de responsabilité associant l'ensemble des établissements de santé publics et privés, les médecins de ville (libéraux et salariés), les agences régionales de santé, et la population.

Le pacte de responsabilité présente 10 propositions concrètes qui ambitionnent de protéger la qualité de prise en charge des patients et les conditions d'exercice et donc l'attractivité des métiers de l'urgence.

Les 10 propositions des conférences hospitalo-universitaires

- ⇒ Proposition n°1 : généraliser le SAS dans tous les territoires et soutenir sans attendre le développement des filières spécialisées du SAS (pédiatrie, psychiatrie).
- ⇒ Proposition n°2 : réguler pour mieux soigner avec la mise en œuvre une régulation de l'accès aux urgences, en journée et de nuit, via le 15 et les SAS, dès lors que le patient n'est pas adressé par un médecin, à l'exception des populations vulnérables.
- ⇒ Proposition n°3 : permettre aux ARS de mettre en œuvre les moyens de régulation pour organiser une permanence des soins territoriale pertinente et effective dans tous les établissements en lien avec les autorisations de soins.
- ⇒ Proposition n°4 : assurer l'accès à une permanence des soins ambulatoires avant minuit tous les jours de l'année dans tous les territoires, quelles qu'en soient les modalités.
- ⇒ Proposition n°5 : définir un cadre national de l'installation et du fonctionnement des centres de soins non programmés, à travers un régime d'autorisation et leur intégration dans l'offre de soin en lien avec le SAS.
- ⇒ Proposition n°6 : accompagner le nécessaire mouvement d'ouverture et/ou de transformation de lits pour adapter les capacités d'hospitalisation aux besoins des patients non programmés issus notamment des urgences.
- ⇒ Proposition n°7 : créer des mentions d'IPA en gériatrie, pédiatrie et premiers recours, augmenter leur nombre et élargir le rôle des IPA formées pour améliorer l'accès aux soins et raccourcir les délais de prise en charge.

- ⇒ **Proposition n°8 : rendre transparente la disponibilité des lits dans tous les établissements publics et privés du territoire** par le déploiement au niveau des agences régionales de santé d'une plateforme interactive de connaissance des lits disponibles assortie d'une cellule territoriale de gestion des lits publics et privés, dotée de prérogatives de décision, ainsi que d'une cellule de régulation des parcours complexes.
- ⇒ **Proposition n°9 : penser un modèle économique viable pour les services à domicile**, indispensables pour le maintien ou le retour à domicile dans des bonnes conditions
- ⇒ **Proposition 10 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et leur entrée directe en hospitalisation programmée sans passage par les urgences** avec la généralisation sur tous les territoires les centres de ressources territoriaux (CRT) disposant d'une mission obligatoire « d'EHPAD Hors Les Murs »

1. Le constat de services d'urgences au bord de la rupture qu'aucun plan ne vient enrayer.

- **Une situation de crise des urgences malgré des plans multiples et des moyens supplémentaires importants.**

Ces vingt dernières années, de nombreux rapports sont venus étayer la « crise des urgences » dont les constats désormais bien connus : rapports Grall (2015), Carli-Mesnier et de la Cour des comptes¹ (2019), Braun (2022) et plus récemment le rapport de la Cour des comptes sur l'accueil et le traitement des urgences (2024). Depuis le Pacte de refondation des urgences de 2019, beaucoup de mesures ont été mises en place.

En avril 2023 le Président de la République promettait même de « désengorger les urgences en 18 mois », c'est-à-dire d'ici la fin de l'année 2024.

Pourtant le nombre de passages aux urgences a poursuivi son augmentation pour atteindre 20,9 millions en 2022 (10 millions en 1996 soit un doublement) dont 14 % de personnes de plus de 75 ans et 22 % dans les CHU.

En 2022, 13,9 millions de personnes différentes, soit 20 % de la population (67,9 millions d'habitants), ont sollicité les urgences dont 4 millions plus d'une fois (10,9 millions de passages, soit 52 % du nombre de passages).

Ainsi, le coût des structures d'urgences représentait 5,2 % des dépenses de l'ONDAM en 2023 (5,3 Md€).

- **Des événements indésirables graves (ÉIG) qui se multiplient et reflètent la saturation des structures d'urgences** : si les CHU ne sont pas aujourd'hui en capacité de les quantifier précisément, ils observent néanmoins une augmentation du nombre d'évènements

¹ Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, Cour des comptes, Rapport public annuel 2019

indésirables dans les structures d'urgences, notamment dans les périodes d'engorgement. Seuls les EIG survenant aux urgences sont identifiables alors qu'ils ne constituent que la partie émergée de l'iceberg.

Cette saturation se traduit également par une augmentation des délais d'attente générant des tensions, se traduisant par des violences de plus en plus courantes à l'égard des professionnels et une attente de nombreux patients sur des brancards. Il est par ailleurs démontré qu'une attente de plus de 24h sur un lit brancard est responsable d'une surmorbidity et d'une surmortalité, particulièrement importantes pour les patients âgés (Ref Roussel et al.).²

Ces conditions d'accueil dégradées concernent notamment les patients nécessitant une prise en charge en psychiatrie (adulte et pédopsychiatrie) dont le volume et la complexité croissent. On estime que près d'un tiers des attentes sur un lit brancard concerne des patients psychiatriques, entraînant des situations humaines difficilement tolérables (contention sur plusieurs jours) et des risques accrus de violence envers les personnels et les autres patients. L'avis récent du Comité national d'éthique sur ce sujet illustre parfaitement cette difficulté.

-Des perspectives inquiétantes face à la conjugaison de plusieurs phénomènes démographiques : on sait que le « mur » du vieillissement va progressivement s'imposer d'ici à 2030, date à laquelle la génération du *baby-boom* arrivera à l'âge de la grande dépendance. Les services d'urgences seront confrontés à ces évolutions démographiques doublées de problématiques sociales de plus en plus prégnantes, notamment liées à la précarité dans les métropoles.

Les services d'urgence sont devenus, selon la Cour des Comptes, « le réceptacle de l'insuffisance de régulation du système de santé »³ face au vieillissement et l'accroissement du poids de la pathologie chronique et face à des difficultés croissantes d'accès aux soins de la population.

2. Une régulation plus forte en amont de l'accès aux urgences pour éviter la saturation et recentrer les services d'urgences sur les cas les plus graves et les patients vulnérables tout en maintenant un accès aux soins de l'ensemble de la population

- **Le SAS (service d'accès aux soins) : une nécessaire généralisation pour permettre l'accès aux soins de la population**
 - le succès des SAS dans les territoires où il est en place⁴
 - veiller à ce que les filières spécialisées du SAS voient le jour : psychiatrie, pédiatrie, personnes âgées.

² Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients, Roussel et al. JAMA Intern Med 2023 ; 183:1378-85

³ Rapport de la Cour des comptes, « l'accueil et le traitement des urgences », novembre 2024

⁴ 62 services d'accès aux soins (SAS) déjà déployés sur le territoire national au 30 janvier 2024

Le constat :

Le SAS est un nouveau service d'orientation de la population dans le parcours de soins, accessible par le n°15. Lorsque son médecin traitant n'est pas disponible, l'appelant peut accéder à distance à un professionnel de santé. Celui-ci lui fournit un conseil médical, lui propose une téléconsultation, l'oriente selon la situation vers une consultation de soins non programmés en cabinet, en maison ou centre de santé, ou vers un service des urgences. Il peut encore, déclencher l'intervention d'un SMUR ou d'un transport sanitaire.

Le SAS est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU.

Le Service d'accès aux Soins dont l'organisation a été confirmée par le décret de juin 2024 a désormais fait ses preuves dans les territoires où il est en place⁵. Il convient désormais de généraliser les SAS dans tous les départements français et de les rendre opérationnels et suffisamment dimensionnés dans la ligne des préconisations du rapport de la mission d'accompagnement publié en avril 2024.

Par ailleurs les expérimentations de filières spécialisées du SAS ont fait leurs preuves sur plusieurs territoires : SAS psychiatrie, pédiatrie, gériatrie, dentaire... Elles doivent être soutenues par les ARS pour être généralisées d'ici à la fin de l'année 2025.

⇒ **Proposition n°1 : généraliser le SAS dans tous les territoires et soutenir sans attendre le développement des filières spécialisées du SAS (pédiatrie, psychiatrie)**

- La régulation de l'accès aux urgences : Réguler pour mieux soigner

Le constat :

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. Or, la part des cas classés peu graves (classés rétrospectivement en niveau CCMU 1 et 2, d'après les résumés de passage aux urgences (RPU)) des patients pris en charge dans les structures d'urgences et qui relèvent potentiellement de la ville, augmente.

Parallèlement, les établissements sont confrontés à un problème d'attractivité croissant à la fois pour les personnels médicaux et les personnels paramédicaux.

Il devient donc essentiel de les protéger en recentrant leur activité sur les urgences.

La généralisation du service d'accès aux soins (SAS) sur tout le territoire permettrait de réguler l'accès aux urgences de jour comme de nuit afin de promouvoir un bon usage des urgences.

Une régulation systématique par le SAS avant l'entrée aux urgences, dès lors que le patient n'est pas adressé par un médecin, permettrait de limiter l'engorgement constaté dans les structures d'urgences et de concentrer les soignants sur les patients plus graves qui

⁵ Fin 2023, une soixantaine de Sas ont été créés, à raison d'un par département : rapport Cour des Comptes, novembre 2024. Près de 80% de la population est couverte par un des 62 services d'accès aux soins (SAS) déjà déployés sur le territoire national,

nécessitent une prise en charge hospitalière (plateau technique et/ou hospitalisation). **Cette mesure vise à sécuriser les prises en charge des patients, les orienter au mieux en fonction de leur besoin et préserver les conditions de travail des professionnels des urgences.**

Cependant, une attention particulière sera portée aux personnes vulnérables en rendant leur admission aux urgences inchangée :

- Les patients avec troubles psychiatriques
- Les patients en incapacité de se faire comprendre (ne parlant pas français, avec un trouble cognitif manifeste, etc.)
- Les patients mineurs sans accompagnant majeur
- Les patients en situation de précarité et qui ont un problème médical

Ces patients vulnérables continueront à accéder aux services d'urgences comme par le passé

⇒ **Proposition n°2 : réguler pour mieux soigner avec la mise en œuvre d'une régulation de l'accès aux urgences, en journée et de nuit, via le 15 et les SAS, dès lors que le patient n'est pas adressé par un médecin ; à l'exception des populations vulnérables.**

- **La permanence des soins (PDS) : nécessité d'une régulation plus forte.**
 - **Lier les autorisations d'activité et l'obligation de PDSES.**
 - **Nécessité d'imposer un exercice effectif de la PDS pour tous les établissements, publics et privés.**

Le constat :

Aujourd'hui les hôpitaux publics portent la majeure partie de la PDS des établissements de santé (PDSES) sans que cet engagement soit véritablement reconnu. Le secteur public représente, selon la dernière enquête de la DGOS, 68% des lignes de PDSES mais assure 85% de l'activité⁶.

L'octroi d'autorisations d'activité qui exigent une permanence des soins doit être conditionné à un exercice effectif et non sélectif de la permanence. L'autorisation de structures d'urgences doit en particulier être liée à l'existence d'un plateau technique effectivement mobilisable 24H/24 et d'une permanence des soins dans les services d'aval et au bloc opératoire.

Cette permanence des soins, pour être effective, **doit s'accompagner d'une capacité à opérer et hospitaliser les patients.** Les ARS doivent mettre en œuvre les moyens de régulation et/ou de coercition en cas de carence répétée de la permanence ou de constat d'une sélection des patients. Le volet du PRS dédié à l'organisation de la permanence des soins doit impérativement prendre en compte les dysfonctionnements constatés (mutualisation de lignes de gardes, suppression de lignes de permanence non pertinentes).

⁶ Enquête DGOS 2024 : Le privé lucratif représente 24% des lignes pour seulement 9% de l'activité, Le privé non lucratif assure 8% des lignes et 6% de l'activité

⇒ **Proposition n° 3 : permettre aux ARS de mettre en œuvre les moyens de régulation pour organiser une permanence des soins territoriale pertinente et effective dans tous les établissements en lien avec les autorisations de soins (dont les services d'urgences).**

- **Une répartition plus équilibrée de la permanence des soins avec la médecine de ville**

Le constat :

Organisée par les agences régionales de santé, le plus souvent à l'échelle départementale, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) désigne la prise en charge par des médecins généralistes des demandes de soins exprimées en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux. 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 remplaçants.

La fragilité voire l'inexistence de cette permanence en ville dans certains territoires, qui a un effet de déversement sur la médecine d'urgence, rend prioritaire des mesures sur la PDSA dans le cadre du schéma territorial de permanence des soins. Il est indispensable d'organiser un accès à un médecin en ambulatoire avant minuit tous les jours de l'année quelles qu'en soient les modalités (CPTS, médecins généralistes, maison médicale de garde, etc.)

⇒ **Proposition n°4 : Assurer l'accès à une permanence des soins ambulatoires avant minuit tous les jours de l'année dans tous les territoires, quelles qu'en soient les modalités.**

- **Un encadrement des centres de soins non programmés qui ne sont pas des services d'urgences**

Le constat :

Les centres de soins non programmés se développent sur tout le territoire avec des effets contrastés sur les passages évités aux urgences. Certains répondent effectivement à la prise en charge des urgences quand d'autres enchainent les consultations de médecine générale, s'installent sans autorisation préalable et ne s'inscrivent pas dans l'écosystème local des acteurs de ville et hospitaliers du territoire. Ils peuvent donner l'impression d'une réponse au problème des urgences alors que certains d'entre eux favorisent un usage « consumériste » du système de santé. Par ailleurs, ils « aspirent » les professionnels des urgences des établissements de santé alors que taux de vacance des postes statutaires s'élève à 34 % en 2022 dans les établissements publics, selon le Centre national de gestion.

Il convient d'apporter un **cadre national plus clair** sur la définition et les attendus vis-à-vis des centres de soins non programmés. Les modes de coordination de ces centres doivent également être précisés par une gouvernance claire intégrant tous les acteurs de soins non programmés, y compris les transporteurs.

Il est indispensable de clarifier le rôle des centres de soins non programmés qui ne doivent pas pouvoir utiliser la dénomination « urgences » afin de ne pas créer une confusion sur leur rôle, tant auprès des professionnels que de la population.

⇒ **Proposition n°5 : définir un cadre national de l'installation et du fonctionnement des centres de soins non programmés, à travers un régime d'autorisation et leur intégration dans l'offre de soin en lien avec le SAS.**

3. Au sein de l'hôpital : assurer une transparence sur la disponibilité des lits et adapter le capacitaire aux besoins actuels de santé de la population

- Adapter le nombre et le type de lits aux besoins des patients non programmés et des urgences pour prendre en compte le vieillissement et les pathologies chroniques : lits médecine polyvalente, gériatrie, traumatologie notamment.

Le constat :

La répartition de l'activité de court séjour des CHU montre une montée en puissance de l'activité de médecine qui représente 78 % des séjours des CHU en 2023, en lien avec le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques. Cette évolution plaide pour une ouverture et une réorganisation des lits en fonction des besoins des patients non programmés et issus des urgences pour s'adapter aux besoins de santé.

Ainsi, le suivi du besoin journalier en lits dans les CHU montre un besoin majoritaire de lits de médecine polyvalente et de médecine gériatrique. Mais les CHU se sont fortement structurés autour de la médecine d'organes au détriment d'une prise en charge pour des maladies affectant simultanément plusieurs organes, comme c'est souvent le cas chez les personnes âgées.

Cette réorganisation des lits doit pouvoir s'adapter aux besoins saisonniers comme c'est le cas depuis de nombreuses années avec succès en pédiatrie.

⇒ **Proposition n°6 : un nécessaire mouvement d'ouverture et/ou de transformation de lits pour adapter les capacités d'hospitalisation aux besoins des patients non programmés issus notamment des urgences**

- Développer les postes d'infirmier(e)s de pratique avancée (IPA) :

-en gériatrie,

-en pédiatrie

-en médecine de premier recours

Le constat : La loi dite "Rist 2" du 19 mai 2023 a ouvert notamment l'accès direct à un IPA, sans orientation préalable du patient par un médecin. Elle prévoit également de permettre à un IPA, dans son domaine d'intervention, la prescription initiale de certains médicaments soumis à prescription médicale.

Le ministère de la santé dénombrait en mai 2024, 3 100 IPA diplômées dont seulement 1 % dans la mention urgences, dernière mention à avoir été créée et avec des arrêtés publiés trop tard ayant fait perdre une année de recrutement.

Pourtant, les Infirmières en Pratique Avancée (IPA) jouent un rôle de plus en plus important, contribuant à la fois à fluidifier le parcours des patients et à soulager la charge de travail des médecins à travers des délégations d'actes.

Par ailleurs, sans une action forte sur l'offre de soins de premier recours, les autres mesures touchant aux structures des urgences elles-mêmes n'auront qu'un effet positif marginal : il est donc essentiel de déployer les IPA en gériatrie, pédiatrie, et premier recours en établissements mais également dans les structures de ville.

Le déploiement important du métier d'IPA est probablement **la seule mesure capable d'augmenter rapidement l'offre de soins** et permet également d'accroître l'attractivité de la carrière d'infirmier ce qui constitue un objectif au moins aussi important.

⇒ **Proposition n° 7 : créer des mentions d'IPA en gériatrie, pédiatrie et premiers recours, augmenter leur nombre et élargir le rôle des IPA formées pour améliorer l'accès aux soins et raccourcir les délais de prise en charge**

Financer des postes IPA de médecine d'urgence sur des filières d'urgences identifiées pour décharger les médecins des patients ne nécessitant pas de plus-value médicale et/ou sur des prises en charge complexes après avis médical.

4. L'aval : garantir une transparence et une régulation forte de l'ordonnancement des lits

-Une gestion de lits qui doit devenir territoriale

-La nécessité d'une régulation forte des lits : transparence effective à mettre en œuvre via les projets d'ordonnancement qui tardent à voir le jour. Il s'agit de s'inspirer de la régulation des soins critiques et de réanimation mise en place pendant la crise Covid

-Les cellules territoriales des parcours complexes à mettre en œuvre.

Le constat

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.

En sortie d'urgences, lorsque l'hospitalisation est nécessaire, 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), est impérative pour éviter l'attente injustifiée en sortie des urgences. Ceci est également nécessaire pour la psychiatrie.

⇒ **Proposition n°8 : rendre transparente la disponibilité des lits dans tous les établissements publics et privés du territoire par une démarche effective d'ordonnancement des lits et une cellule de régulation des parcours complexes**

- **Modèle économique du domicile à repenser : service autonomie, viabilité problématique des services à domicile.**

Le constat

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 2050.⁷

Les nouveaux services autonomie à domicile (SSAD), qui vont regrouper d'ici décembre 2025 les actuels services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), sont donc essentiels pour assurer un maintien et un retour à domicile d'une population vieillissante et éviter des passages par les urgences inutiles, voire dangereux.

Par ailleurs, les structures de services à domicile (service à la personne, ménage, repas, présence, etc.) sont gravement fragilisées depuis le Covid. Elles souffriraient au niveau national d'environ 30 % de postes vacants. Cette situation est très pénalisante alors que 80 % des sorties de l'hôpital se font à domicile et ne nécessitent pas de soin technique. Cette situation invite à se pencher sur le modèle économique qui est le leur. Face à l'enjeu du vieillissement, la priorité n'est pas de réaliser une énième réforme du financement des établissements mais bien de réexaminer le modèle de financement du domicile qui doit monter en puissance rapidement dans les années qui viennent.

Les enjeux consistent donc à réduire le nombre d'hospitalisations évitables et de faciliter la prise en charge des patients à leur domicile, d'une part, et de mettre en œuvre des filières d'admission directe en hospitalisation sans passage par les urgences, d'autre part.

⇒ **Proposition n°9 : penser un modèle économique viable pour les services à domicile, indispensables pour le maintien ou le retour à domicile dans des bonnes conditions**

- **Développer des dispositifs qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées**

Le constat :

Créés en 2022, Les centres de ressources territoriaux (CRT) proposent des solutions d'accompagnement permettant aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps.

⁷ Page 44 rapport de la Cour des Comptes, novembre 2024, « accueil et traitement des urgences »

possible. Fin 2024, on dénombre 175 Centres de Ressources Territoriaux qui contribuent au maintien à domicile dans des bonnes conditions et s'appuient sur les équipes de EHPAD qui se déploient hors les murs. L'objectif de l'Etat serait d'en avoir 500 d'ici 2028.

Ce dispositif permet de :

- Favoriser le maintien à domicile de la personne âgée
- Coordonner les ressources en gériatrie sur un territoire pour favoriser une prise en charge graduée de la personne âgée

⇒ **Proposition 10 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et leur entrée directe en hospitalisation programmée sans passage par les urgences avec la généralisation sur tous les territoires les centres de ressources territoriaux (CRT) disposant d'une mission obligatoire « d'EHPAD Hors Les Murs »**