

Chapitre XII

**Les urgences hospitalières : une
fréquentation croissante, une
articulation avec la médecine de ville à
repenser**

PRESENTATION

En 2012, pas moins de 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venues se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Pour les seules « structures des urgences », selon leur dénomination réglementaire, situées dans des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, qui représentent 81 % du dispositif d'accueil, la charge supportée à ce titre par l'assurance maladie est de près de 2,5 Md€.

Cette fréquentation en progression continue met sous tensions persistantes les organisations et les équipes hospitalières en dépit des mesures de renforcement et de soutien successivement décidées par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre du plan urgences 2004-2008 adopté à la suite de la canicule de l'été 2003.

Au-delà des situations où le pronostic vital est engagé ou qui nécessitent une intervention rapide compte tenu de leur gravité, les urgences hospitalières jouent de fait un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante.

Dans le prolongement de l'enquête qu'elle a précédemment consacrée à la permanence des soins ambulatoires, assurée par les médecins libéraux, où elle avait en particulier souligné le manque d'efficacité des dispositifs de régulation et d'orientation mis en place à compter de 2002⁴¹⁸, la Cour a cherché à analyser l'évolution de l'activité des services d'urgence et de leur fonctionnement, qu'elle avait déjà examinés en 2007⁴¹⁹.

Elle a observé que la progression forte de la fréquentation des urgences n'avait fait l'objet jusqu'à tout récemment que de peu d'analyses de ses déterminants (I). Les services d'urgences ont cherché à faire évoluer leurs organisations pour mieux y répondre, dans un cadre financier inchangé qui contrarie toujours la recherche d'une plus grande efficacité (II). L'amélioration de l'efficacité du dispositif passe

418. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XII : la permanence des soins, La Documentation française, septembre 2013, p. 579-585, disponible sur www.ccomptes.fr

419. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2007*, 1^{ère} partie, les urgences médicales : constats et évolutions récentes. La Documentation française, février 2007, p. 313-339, disponible sur www.ccomptes.fr

cependant avant tout par une articulation plus étroite entre médecine de ville et hôpital (III).

I - Une dynamique de fréquentation à mieux analyser

A - Une activité en croissance continue

1 - Un dispositif d'accueil stabilisé

En 2012 étaient recensées 654 structures d'accueil et de traitement des urgences, soit au total 736 points d'accueil. Le nombre total de structures autorisées a peu varié dans la dernière période⁴²⁰.

Il existe au moins une structure d'accueil des urgences autorisée par département, certains établissements disposant de plusieurs services. La grande majorité d'entre elles (85 %) ont une vocation générale et 15 % sont exclusivement pédiatriques.

Un objectif de couverture territoriale renforcée

Dans le cadre du « pacte territoire-santé » lancé par les pouvoirs publics en décembre 2012 pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, a été affirmé l'objectif d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour l'ensemble de la population.

Pour couvrir les 2 millions de personnes qui sont actuellement éloignées de plus d'une demi-heure d'un point d'accueil en urgence, le nombre de médecins correspondants des SAMU a doublé en 2013 (300 contre 150 en 2012) et devrait passer à 650 en 2014.

Créé en 2007, ce dispositif permet à un médecin formé spécifiquement à cet effet à l'urgence, libéral le plus souvent, mais pouvant aussi être hospitalier en fonction des situations locales, d'intervenir auprès d'un patient sur demande de la régulation médicale du SAMU dans l'attente d'une prise en charge par une équipe du service mobile d'urgence.

Les structures des urgences sont publiques pour 75 % entre elles, privées à but non lucratif pour 6 % et privées à but lucratif pour 19 %⁴²¹.

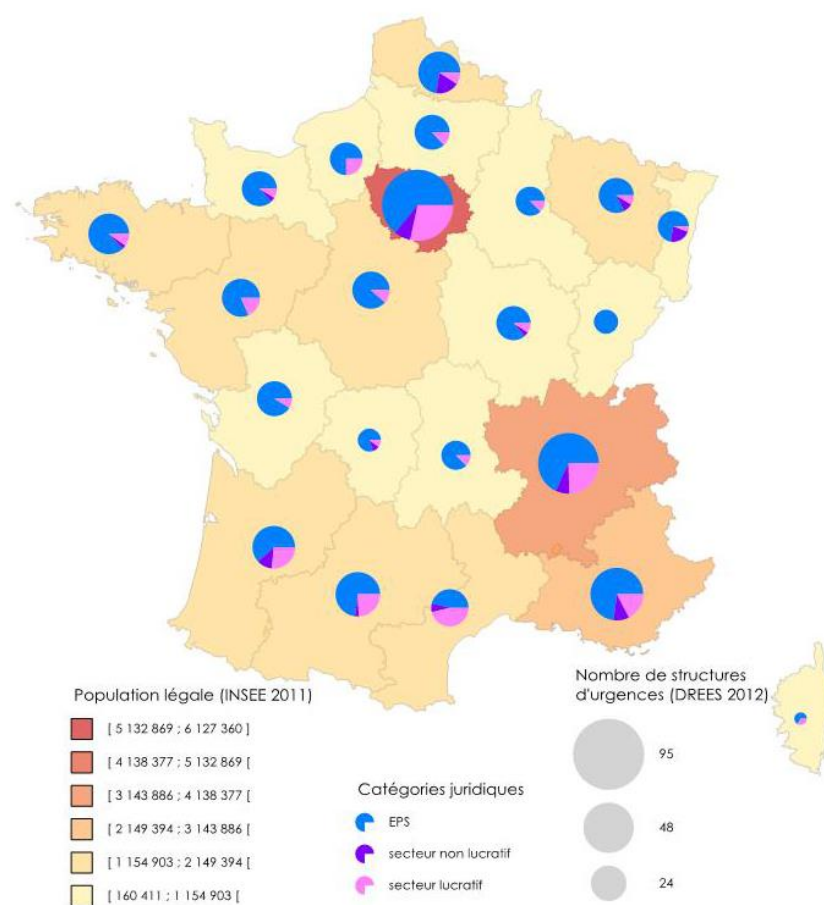
420. Sur la décennie 2001-2011 sont intervenues selon la DREES 16 fermetures, 68 ouvertures et 101 réorganisations inter-établissement.

421. Sur l'ensemble des établissements de santé, les établissements publics représentent 62 % des lits, les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) 14 % et les établissements privés à but lucratif 24 %.

Si le nombre de ces dernières n'est pas négligeable, la part de patients qu'elles prennent en charge est faible : 13,5 % des passages sans hospitalisation et 7,5 % des passages suivis d'hospitalisation en 2012.

Comme le montre la carte ci-après, l'Île-de-France et Rhône-Alpes sont, en lien avec leur population, les régions les plus dotées.

Carte n° 1 : les structures d'urgence hospitalières par région en 2012



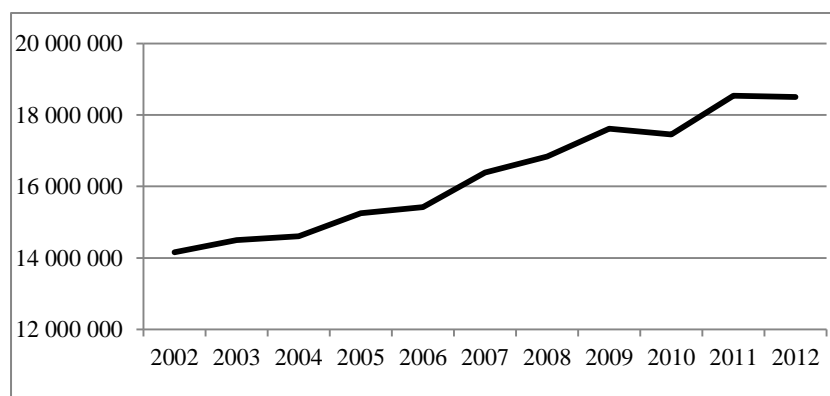
Source : Cour des comptes, à partir des données DREES et INSEE (2012)

2 - Une fréquentation en hausse continue inégalement répartie

Après avoir doublé de 1990 à 2001, passant de 7 à 14 millions de passages, la fréquentation des urgences hospitalières s'est encore accrue de près de 30 % depuis cette date pour atteindre en 2012 18,4

millions de passages. En 2012, les services d'urgence ont accueilli 10,6 millions de patients dont le quart l'a été plus d'une fois dans l'année⁴²².

Graphique n° 17 : évolution du nombre de passages aux urgences (suivis ou non d'hospitalisation)



Source : DREES, *Statistique d'activité des établissements (SAE)*

Le taux de recours, en moyenne de 220 passages pour 1 000 habitants, varie selon les régions, de 180 à 260 : ce dernier taux caractérise en particulier l'Île-de-France et la région Rhône-Alpes. Les 4 régions regroupant 42 % de la population (Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais) comptabilisent 46 % des passages.

Une très forte dispersion du nombre de patients pris en charge s'observe selon les structures : moins de 40 passages quotidiens pour 28 % d'entre elles, de 40 à 80 pour 43 %, de 80 à 120 pour 18 % et pour 11 % plus de 120.

L'augmentation de la fréquentation des urgences hospitalières sur la période 2001-2012 est très variable selon les établissements : pour 23 % d'entre eux, l'augmentation moyenne été inférieure à 1 % par an ; pour 30 %, elle a été comprise entre 1 et 2 % et pour 24 % entre 2,5 et 4 % ; 23 % des établissements dont 17 % des hôpitaux publics et 32 % des ESPIC ont connu une croissance moyenne annuelle de fréquentation de plus de 4 %. Au total, la croissance de l'activité s'est concentrée pour l'essentiel sur la moitié des établissements.

Dans tous les cas, la progression la plus forte porte sur les passages non suivis d'hospitalisation (14,4 millions en 2012).

422. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

En 2012, quatre millions de personnes ont été hospitalisées à la suite d'un passage aux urgences. Le taux d'hospitalisation des patients passés par les urgences, globalement de 22 % en 2012 et assez stable depuis 2009, est en moyenne de 23 % dans le secteur public et atteint 25 % dans les CHU, contre 13 % dans le secteur privé lucratif, en rapport avec des différences de gravité des situations prises en charge. Les patients hospitalisés après passages par les urgences constituent ainsi une part importante du recrutement hospitalier, en particulier pour les établissements publics.

B - Des évolutions peu analysées

L'augmentation de fréquentation des urgences depuis une dizaine d'années ne peut être attribuée ni à la seule croissance démographique (+ 7 % de 2001 à 2012) ni uniquement au vieillissement de la population. Les raisons de cette dynamique n'ont été cependant que très peu étudiées.

1 - Une obligation de remontée d'informations très tardive

Bien que la Cour ait souligné en 2007 l'importance prioritaire de disposer de données fiables et homogènes pour permettre l'analyse de l'activité des urgences hospitalières, les caractéristiques des patients venant aux urgences sont restées mal renseignées dans les systèmes d'information existants : ces derniers sont hétérogènes, les données médicales recueillies sont sommaires et leur remontée au niveau national n'était organisée que pour des établissements volontaires.

Le principal support de recueil d'information est constitué par les « résumés de passages aux urgences » (RPU), élaborés depuis 2004, souvent à partir d'outils d'information déjà développés dans certains services, qui devraient permettre de disposer de plusieurs types de données importantes : âge et sexe, motif d'entrée, motif de recours, diagnostic, soins reçus, mode de sortie.

Actuellement, la consolidation au niveau national des RPU collectés par les établissements volontaires se fait dans le cadre du réseau

« organisation de la surveillance coordonnée des urgences » (OSCOUR), sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire (InVS)⁴²³.

Ce dispositif s'est progressivement étendu depuis sa création, mais l'homogénéisation, la généralisation et l'obligation d'une remontée des RPU vers les agences régionales de santé qui joueront le rôle de concentrateurs régionaux, puis de ces dernières auprès de l'InVS et l'ATIH ne sont effectives que depuis le 1^{er} juillet 2014⁴²⁴. En tout état de cause, des études à caractère national ne pourront être faites qu'une fois que le dispositif de remontée des RPU aura été complètement déployé.

2 - Des éclairages jusqu'à peu relativement limités

Dans l'attente de cette généralisation, les analyses nationales demeurent des plus limitées. Les données recueillies dans le cadre du réseau OSCOUR, qui couvrent 65 % de l'activité totale, mais sont imparfaitement renseignées, sont exploitées par l'INVS. Elles montrent que la concentration du recours aux urgences sur les âges extrêmes de la vie, précédemment relevée par la Cour, demeure forte. Plus d'un tiers des passages sont liés à la pédiatrie (25 %) et aux personnes âgées (13 %).

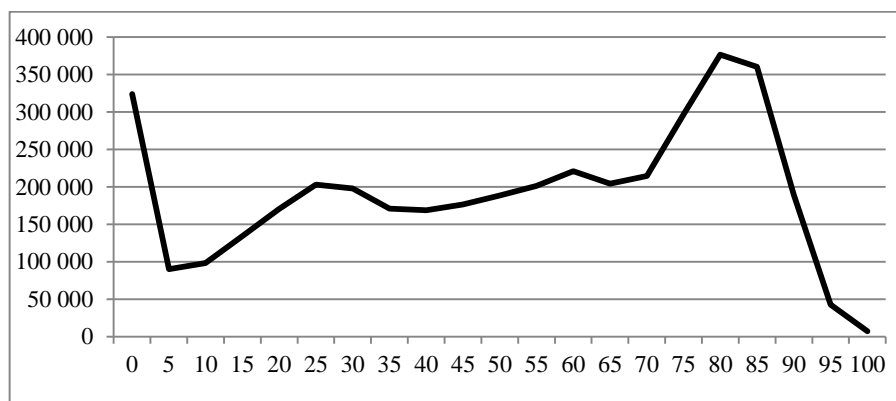
Les études ciblées sur la pédiatrie font apparaître une gravité globalement moindre que la moyenne des patients, avec, au-delà d'un an, des taux d'hospitalisation plus faibles (de 10 % en moyenne).

Le recours aux urgences par les personnes âgées de plus de 75 ans représente un peu plus de 13 % du total des passages, alors que les plus de 75 ans représentent 10,4 % de la population; les critères de gravité et les taux d'hospitalisation, proches de 55 %, sont supérieurs à ceux de la moyenne de patients, ce que confirment les analyses de l'ATIH que synthétise le graphique suivant.

423. Ce réseau a vu le jour à la suite à la canicule de 2003, en juillet 2004 et s'est développé progressivement passant de 23 établissements à ses débuts à 414 services d'urgences représentant 65 % des passages aux urgences en France en 2013. Il a pour principal objectif une surveillance non spécifique permettant de détecter, alerter et investiguer en cas de situation inhabituelle.

424. Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence.

Graphique n° 18 : nombre d'hospitalisations faisant suite à un passage aux urgences par classe d'âge de cinq ans en 2012



Source : ATIH

C'est au niveau régional que sont réalisées les études les plus complètes sur les caractéristiques de la population recourant aux urgences, qu'il s'agisse de la description des patients, des motifs de recours ou des modes de prise en charge. Des analyses détaillées sont réalisées depuis plusieurs années au niveau régional par les observatoires régionaux des urgences (ORU)⁴²⁵, notamment en région Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour intéressantes qu'elles soient, ces études n'offrent cependant pas toute la richesse d'approche des enquêtes transversales que la DREES peut engager.

3 - Les résultats de l'enquête « un jour donné » réalisée en juin 2013 par la DREES

Onze ans après la précédente enquête du même type, effectuée en janvier 2002, la DREES a réalisé le 11 juin 2013 (jour de semaine hors période de vacances et d'épidémies saisonnières) une enquête nationale « un jour donné » dans l'ensemble des structures d'urgence autorisées.

Les premiers résultats de cette enquête⁴²⁶ apportent des données particulièrement intéressantes sur l'activité des urgences hospitalières. Ils mettent en évidence que près d'une personne sur 1 000 s'est rendue aux

425. Ces observatoires, créés le plus souvent à l'initiative de professionnels, sont les principaux partenaires du réseau OSCOUR. Les ORU et structures apparentées existent dans huit régions.

426. Etudes et résultats n° 889 du 30 juillet 2014.

urgences ce jour-là, pour 80 % d'entre eux dans un établissement public, 13 % dans un établissement à but lucratif et 6 % dans un ESPIC.

Les motifs de recours apparaissent multifactoriels (liés notamment à des facteurs culturels et sociétaux, comme le ressenti de la notion d'urgence face à un événement de santé brutal⁴²⁷). Dans 30 % des cas, la situation qui a conduit les patients aux urgences a débuté plusieurs jours avant leur venue et un tiers des patients ont entrepris des démarches : appel téléphonique ou consultation d'un médecin, appel au SAMU, aux pompiers... bien qu'une majorité se rende ensuite aux urgences sans avis médical (61 %).

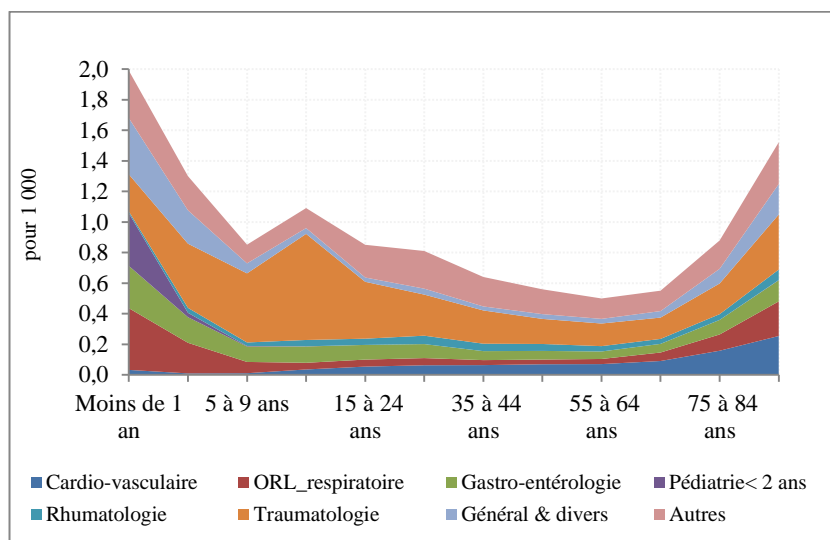
Les insuffisances de l'offre de ville se lisent, directement et indirectement, dans deux catégories de motifs invoqués par les personnes interrogées : pour deux patients sur dix la motivation tient à l'impossibilité de faire appel au recours habituel (absence du médecin traitant ou impossibilité d'un rendez-vous rapide pour des examens complémentaires) ; d'autre part, l'accessibilité qu'offrent les services d'urgence est mise en avant dans six cas sur dix (besoin que le problème de santé soit réglé rapidement, possibilité de réaliser des examens complémentaires ou de consulter un spécialiste).

Les taux de recours sont particulièrement importants aux âges extrêmes de la vie (2 ‰ chez les moins de un an, 1,5 ‰ chez les plus de 85 ans, contre 0,8 ‰ pour l'ensemble de la population).

Sous un angle médical, les raisons du recours aux urgences varient fortement en fonction de l'âge des patients : pathologies de la sphère ORL-respiratoire et gastro-entérologiques pour les jeunes enfants, traumatologie ensuite jusqu'à 15 ans, puis de nouveau à partir de 65 ans et plus encore après 75 ans puis 85 ans.

427. Parmi les patients venus aux urgences pour un motif médical, 22 % ont pensé qu'il s'agissait de « quelque chose de grave » et 10 % se disent « angoissés ».

Graphique n° 19 : taux de recours aux urgences par motif et âge du patient



Source : DREES Enquête Urgences juin 2013

Pour une partie des patients, le motif de recours est lié à l'aggravation rapide d'une pathologie connue qui aurait pu être prise en charge plus tôt.

L'hypothèse, fréquemment avancée, d'un recours accru aux urgences des personnes fragilisées par une situation de précarité financière apparaît à relativiser. La proportion de bénéficiaires de la CMU-c parmi les patients est proche de celle observée en population générale (7 %). Une minorité de passages concerne les bénéficiaires de l'aide médicale d'État (1 %) ; 1 % des personnes prises en charge n'ont cependant aucun droit ouvert à l'assurance maladie en France.

L'exploitation complète des résultats de cette enquête lourde, qui a porté au total sur 52 000 passages, sera particulièrement précieuse pour améliorer le fonctionnement des services d'urgences, qui restent souvent confrontés à des difficultés malgré les progrès réalisés.

II - Une organisation en progrès mais encore perfectible, un financement qui n'encourage toujours pas l'efficience

En 2007, la Cour préconisait d'encourager les hôpitaux à travailler sur l'organisation interne de leurs services et la connaissance précise de leurs coûts. Sur ces points, les établissements ont inégalement évolué.

A - Des risques de tension principalement corrélés à des difficultés d'organisation

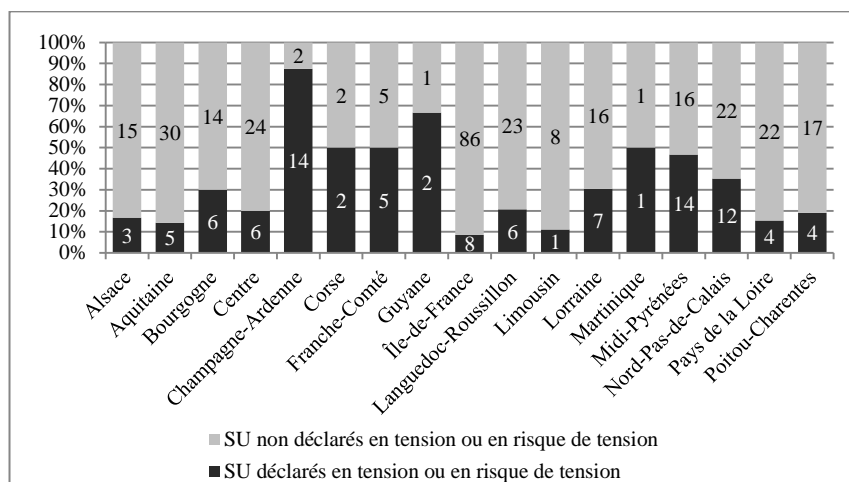
Le plan urgences 2004-2008 s'est accompagné d'un renforcement considérable des moyens consacrés aux structures d'urgence (SAMU SMUR et services d'accueil), tant en personnel qu'en création de lits d'aval, pour un total de plus de 500 M€ sur la période⁴²⁸. Les difficultés encore constatées résultent désormais moins d'un manque de moyens financiers que de la capacité des établissements à améliorer leur organisation interne.

1 - La persistance de risques de tension

En novembre 2013, selon une enquête du ministère de la santé auprès des agences régionales de santé, 100 établissements, pour l'essentiel des centres hospitaliers mais aussi des CHU, étaient identifiés par les ARS comme étant « en tension » ou « en risque de tension », avec de fortes variations régionales.

428. L'évaluation réalisée à mi-parcours du plan faisait état de 45 % des crédits affectés fin 2006 aux structures d'urgences elles-mêmes (SAMU-SMUR-services d'urgences) et 55 % aux structures d'aval (hospitalisation à domicile (HAD), services de soins de suite et de réadaptation (SSR), hôpitaux locaux et lits de gériatrie). Le plan s'est accompagné de la création de près de 5 300 emplois, dont 827 ETP médicaux, 335 ETP de personnels paramédicaux, 3 966 ETP non médicaux, le renforcement ou la création de près de 200 équipes mobiles gériatriques, la création d'environ 3 000 lits de SSR, 1 400 lits de court séjour gériatrique, 100 lits en hôpital local et 3 000 places d'HAD autorisées.

Graphique n° 20 : nombre de services d'urgence déclarés « en tension » ou « en risque de tension » au regard du nombre total de services novembre 2013



Source : DGOS

Ces données, purement déclaratives, doivent être considérées avec beaucoup de précautions car les notions de « tension » et de « risque de tension » n'ont pas été autrement définies dans le cadre de cette enquête : sur 24 ARS, sept ne rapportent pas de situation de tension et pour les autres, cette notion a été interprétée de manière hétérogène. Mais elles reflètent des difficultés que le dispositif « plan hôpital en tension »⁴²⁹, dont chaque établissement doit se doter depuis 2006 pour permettre une réponse graduée à des situations tendues, quelle qu'en soit la cause (afflux inhabituel de patients, pénurie de lits, absence de certains agents...), ne suffit pas toujours à régler. Si dans 16 % des cas les causes des tensions sont conjoncturelles, elles sont liées à des questions de ressources humaines dans 16 % des situations et apparaissent multifactorielles dans 30 %.

429. Des indicateurs de tension sont proposés dans « Plan blanc et gestion de crise, guide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé, annexe à la circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 », notamment sur la base du nombre total de passages aux urgences, du nombre d'hospitalisations à partir des urgences, du nombre de patients de plus de 75 ans et de moins de 3 ans, du nombre de patients présents aux urgences en attente d'examen, du nombre de patients en attente de place dans un service d'hospitalisation, des délais de prise en charge, du taux d'occupation de l'unité d'hospitalisation de courte durée.

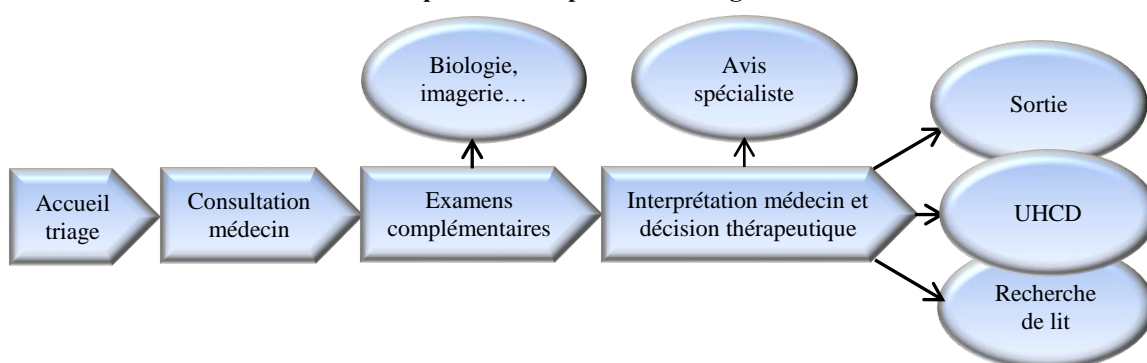
Les principales difficultés évoquées tiennent à une insuffisante fluidité dans le déroulement des prises en charge, aux contraintes de locaux inadaptés et à leur incidence sur les organisations internes et aux problèmes de personnel.

2 - Une fluidité des parcours insuffisante dans certains cas

De l'enquête « un jour donné », la DREES conclut que près de 80 % des patients ont passé moins de quatre heures en service d'urgence, 50 % moins de deux heures, 19 % moins d'une heure.

Pour les autres, l'attente a pu parfois être longue avant le premier contact médical et se prolonger ensuite du fait de difficultés d'accès au plateau technique et aux délais d'obtention des résultats des examens complémentaires : un acte d'imagerie est pratiqué pour 45 % des passages, une analyse biologique pour 35 % et la moitié des patients ont bénéficié d'au moins deux types d'actes. Le temps d'attente pour l'imagerie en particulier peut parfois atteindre six heures⁴³⁰ du fait de problèmes d'équipement et de fonctionnement des services d'imagerie médicale, déjà soulignés par la Cour⁴³¹. Il est également tributaire d'aspects logistiques (brancardage, organisation permettant aux patients valides de se rendre seuls à l'imagerie). Pour la biologie, malgré les automates, il existe un temps incompressible de prélèvement, traitement, résultats, validation, qui peut difficilement être inférieur à une heure et demie.

Schéma n° 3 : parcours du patient aux urgences



430. Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences, *Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers*, mai 2009.

431. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XII : la permanence des soins, La Documentation française, septembre 2010, p. 296-316, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les travaux récents des observatoires régionaux des urgences Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur mettent en évidence des facteurs d'allongement des temps de passage aux urgences : ces délais sont d'autant plus élevés que le nombre de passages dans la structure est important, le cas sévère et le patient âgé.

Pour les patients à hospitaliser, notamment les personnes âgées, la difficulté à trouver un lit est la principale cause d'engorgement des structures. L'enquête de la DREES relève que 20 % des hospitalisations ont nécessité plus d'un appel de l'équipe soignante pour trouver un lit et que, pour 10 % d'entre elles le délai d'obtention d'un lit a dépassé 4 heures.

3 - Des locaux à la modernisation inachevée

L'impact des questions architecturales sur l'organisation des services d'urgence est majeur. La modernisation des services d'urgence est une priorité depuis 2002 mais n'est pas encore générale.

Si les textes prévoient au minimum la présence de trois zones distinctes (accueil, examen et soins dont « déchoquage », surveillance de courte durée) le fonctionnement a souvent dû s'adapter aux locaux plutôt que l'inverse. Or, l'architecture des services est un élément essentiel pour la bonne organisation des flux, la surveillance des patients, les différentes étapes de la prise en charge et des conditions d'attente satisfaisantes, tant pour l'accès au premier contact que dans l'attente des résultats d'examen complémentaires.

Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont permis d'accélérer l'effort de modernisation mais tous les services ne disposent pas de locaux adaptés dans un contexte de progression d'activité qui peut obliger parfois à des réaménagements successifs.

Les opérations de modernisation des services d'urgence financées dans les plans Hôpital 2007 et 2012

Le plan Hôpital 2007 a permis d'accompagner les investissements directement liés à la mise en œuvre du plan national sur les urgences 2004-2008 : 139 opérations ont été financées dans ce cadre⁴³² pour un montant de 639 M€, subventionnés à hauteur de 45 %. Outre l'équipement des services ou leur système d'information, 100 opérations proprement immobilières ont été financées, pour les trois quart des rénovations et extensions.

432. Agence nationale pour la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

D'autres opérations relatives aux urgences ont été inscrites dans le plan Hôpital 2012 : centre hospitalier intercommunal de Cornouaille à Quimper (11,8 M€), centre hospitalier de Versailles (33,4 M€), centre hospitalier intercommunal de Créteil (29,7 M€), centre hospitalier de Tulle (15 M€), polyclinique Inkermann à Niort (1,5 M€) ainsi que divers projets d'informatisation des services d'urgences dans les régions Poitou-Charentes, Basse-Normandie et Rhône-Alpes (1,8 M€)

4 - Des difficultés parfois de personnel malgré des renforcements importants

La direction générale de l'offre de soins ne dispose pas de chiffres consolidés sur l'évolution des effectifs des services d'urgences. La DREES ne retrace pour sa part l'évolution des effectifs que pour environ 60 % d'entre eux. De 2001 à 2011 (dernière année disponible), ces derniers ont connu, sur ce champ partiel, une augmentation constante des effectifs médicaux (qui passent de 2 200 à 3 800), marquée par une croissance de la part des médecins à temps partiel. Les effectifs équivalent temps plein infirmiers passent de 6 400 à 10 000 sur la même période.

Les problèmes de personnel, notamment médical, sont pourtant souvent cités parmi les causes de dysfonctionnement malgré les renforcements apportés par le plan urgences 2004-2008. La médecine d'urgence est en effet, avec l'anesthésie et la radiologie, une des spécialités les plus concernées par les difficultés de recrutement et les vacances de postes : en 2012 selon le centre national de la gestion hospitalière, les vacances statutaires concernaient dans cette discipline 20,7 % des postes de praticien hospitalier à temps partiel et 43,1 % de ceux de praticien hospitalier à temps plein. Ces difficultés de recrutement sont constatées notamment dans des hôpitaux de petite et moyenne taille, qui sont contraints de recourir à l'intérim médical, solution à la fois coûteuse et peu satisfaisante sur le plan de la qualité des soins.

B - Des modes de prise en charge progressivement mieux adaptés

Pour faire face au recours croissant aux urgences, nombre d'établissements se sont engagés dans des améliorations des conditions de prise en charge des patients.

1 - Une organisation de l'accueil repensée

a) Le développement de l'accueil et de l'orientation

La fonction d'accueil et d'orientation a pour objectif repérer les situations nécessitant une prise en charge immédiate en cas d'urgence vitale ou sévère et de décider de l'orientation première dans tous les autres cas. Son principe, désormais largement intégré dans les services d'urgence, repose essentiellement sur les infirmières d'orientation et d'accueil, présentes dans 68,4 % des services selon les résultats préliminaires de l'enquête de la DREES.

Plus récemment se sont mis en place des médecins d'accueil et d'orientation. Leur rôle consiste souvent à être l'interlocuteur des médecins de ville, qui peuvent les joindre sur une ligne téléphonique directe. Dans certains cas, ils assurent également les contacts avec les médecins des services hospitaliers ou les spécialistes auxquels un avis est demandé. Selon l'enquête de la DREES, ils sont présents dans 12 % des services.

b) Les circuits courts

Le principe du circuit « court » mis en place dans désormais plus du tiers des services⁴³³ s'inspire des « *fast-tracks* »⁴³⁴, apparus aux États-Unis dans les années 2000. Il consiste à prendre en charge rapidement des patients valides, ne présentant pas un risque vital immédiat, pour lesquels la charge de travail médicale est faible et qui ne nécessitent pas ou peu d'exams en imagerie ou en biologie. Cette filière s'applique particulièrement à la petite traumatologie et à la pédiatrie : elle permet une rotation rapide des patients en attente et améliore également la prise en charge des patients plus sévères orientés vers le circuit traditionnel.

433. 36,5 % en 2013 selon la DREES.

434. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. *Effects of a fast-track area on emergency department performance*. J. Emerg Med. 2006 Jul. 31 (1) :117-20.

**Les filières courtes à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris
(AP-HP)**

À l'AP-HP, fin 2013, sur 16 services d'urgence adultes, 13 sont dotés d'une filière courte, 2 sont en cours de mise en place de même que dans les trois sites d'urgences exclusivement pédiatriques.

À l'hôpital Saint Antoine, la filière courte prend en charge près de 30 % des patients. Ce dispositif améliore le délai d'attente et la satisfaction tant de ces derniers que des soignants. Une fois le « tri » effectué par l'infirmière d'accueil et d'orientation, un médecin senior prend en charge la file active des patients n'ayant *a priori* pas besoin d'examen complémentaires. Le fait d'avoir un médecin dédié permet de libérer les autres pour la prise en charge de patients aux pathologies plus sévères et plus complexes.

2 - Une orientation facilitée vers l'aval

En 2007, la Cour recommandait la mise en place d'un système d'information fiable et partagé permettant de connaître de manière instantanée les ressources disponibles en lits et en compétences médicales. Trouver un lit d'aval pour les patients nécessitant une hospitalisation en court séjour demeure toutefois encore souvent une difficulté récurrente, soit par manque effectif de lits disponibles soit du fait des rendez-vous programmés qui peuvent parfois conduire un service à ne pas déclarer leur disponibilité, surtout si ce dernier est très fortement spécialisé comme en particulier dans les CHU. Ce constat a incité à aborder l'aval des urgences comme un problème qu'il appartient à l'établissement de santé de régler et non plus au seul urgentiste.

a) La création de structures d'hospitalisation spécifiques de courte durée

Les difficultés à trouver un lit d'aval ont reçu une première réponse dans la création des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), obligatoires depuis 2006 dans les structures des urgences, où les patients peuvent séjourner au plus une journée (0,7 jour en moyenne en 2012). Les durées moyennes de séjour des patients hospitalisés en court séjour à partir des urgences sont plus courtes quand elles sont consécutives à un passage en UHCD (4 jours contre 6,5 jours pour les hospitalisations sans passage par une UHCD⁴³⁵).

435. ATIH, données 2012, établissements publics.

Dans certains établissements, le faible nombre de lits en UHCD ou la prolongation des séjours dans ces unités⁴³⁶ et la difficulté à trouver des lits, en particulier pour des patients aux pathologies complexes, ont plus récemment donné lieu au développement de services d'hospitalisation du type « d'aval des urgences »⁴³⁷. Ces services sont destinés à recevoir pour une durée limitée (5 jours à l'AP-HP) des patients pour lesquels un séjour en UHCD ne permet pas un bilan complet ou une stabilisation, tout en ne relevant pas immédiatement d'une prise en charge dans un service de spécialité. Les premiers retours d'expérience apparaissent satisfaisants.

b) La mise en place de gestionnaires de lits

La mise en place de gestionnaires de lits participe de la démarche visant à décharger le service d'urgence de la recherche d'une place, en organisant et programmant de façon centralisée les admissions sur l'ensemble des lits de l'établissement, en réservant des salles d'opération et en planifiant les actes médico-techniques. Cette programmation peut être assurée par un ou plusieurs professionnels (cadres de santé le plus souvent) ou par une cellule de régulation, généralement rattachée à la direction de l'établissement.

La cellule de gestion des lits de l'hôpital Saint Joseph à Paris

Au sein de l'hôpital Saint-Joseph quatre gestionnaires rattachés à la direction centralisent aussi bien les admissions des urgences que les admissions programmées, permettant de gérer l'ensemble des flux sur chaque pôle. Le retour d'expérience a mis en évidence une diminution de moitié des lits vides à minuit, une diminution des temps de passage aux urgences et des transferts et une amélioration du taux de sortie avant midi (passé en quatre mois de 40 % à 63 %).

436. La durée moyenne de séjour en UHCD est à l'AP-HP en moyenne de 19 heures pour les adultes et de 12 heures pour les enfants, mais dépasse 24 heures pour 20 % des adultes et 7 % des enfants, pouvant aller dans quelques cas jusqu'à trois ou quatre jours.

437. À l'AP-HP il s'agit des « départements d'aval des urgences ». De tels services se sont également mis en place ces dernières années dans différents CHU, avec des appellations différentes, mais avec pour caractéristique commune de permettre une prise en charge à visée diagnostique et d'orientation un peu plus longue que dans l'UHCD.

Le travail d'anticipation des risques de pénurie de lits ainsi que le développement d'hospitalisations dans d'autres pôles que ceux dont dépend le patient pour sa pathologie ont permis d'éviter des déprogrammations. Ces améliorations ont pour double effet d'améliorer la prise en charge des patients et l'efficience de l'établissement, en minimisant le nombre de lits vacants.

c) Le développement de filières gériatriques

Comme l'a déjà souligné la Cour⁴³⁸, le développement de filières gériatriques a fait l'objet d'une attention particulière dans les établissements de santé, qu'il s'agisse d'accroître le nombre de lits de court séjour gériatrique ou de développer l'admission directe dans ces services, sans passage obligé par les urgences. La montée en charge des équipes mobiles de gériatrie (301 en 2011) s'est poursuivie, contribuant à améliorer la prise en charge des personnes âgées arrivant aux urgences.

Malgré ces évolutions positives, seuls 13 % des services d'urgence déclarent cependant disposer d'une filière spécifique complète d'accueil et de soins en gériatrie.

C - Un cadre financier qui ne pousse pas à l'efficience

1 - Un mode de financement inflationniste resté inchangé

Le dispositif tarifaire des urgences associe une dotation fixe et une rémunération par passage, à laquelle viennent s'ajouter une facturation complémentaire des actes médico-techniques et des recettes d'hospitalisation si le patient est hospitalisé après son passage aux urgences.

438. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012* T.2, la prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents. La Documentation française, février 2012, p. 179, disponible sur www.ccomptes.fr.

Un système tarifaire complexe

Les recettes des services des urgences proviennent de plusieurs sources différentes :

- un forfait « accueil et traitement des urgences » - ATU - de 25,28 € dû pour chaque passage aux urgences non programmé et non suivi d'une hospitalisation dans un service de court séjour ou une UHCD du même établissement ;

- un « forfait annuel urgences » - FAU - de 471 306 € pour les 5 000 premiers passages donne lieu à des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà de 5 000. Il est calculé sur la base du nombre d'ATU de l'année n-1 ;

- à ces financements viennent s'ajouter des dotations au titre de missions d'intérêt général (MIG), le montant des consultations et des actes, des examens de biologie et d'imagerie, ainsi que des recettes de séjour en cas d'hospitalisation.

Ce dispositif tarifaire incite à l'activité au lieu d'encourager les efforts de régulation. La modulation du « forfait annuel urgences » en fonction des forfaits « accueil et traitement des urgences » assis sur les passages encourage en effet à atteindre une tranche supérieure d'activité, d'autant plus que ce dispositif est défavorable aux petits établissements : la facturation par passage et la faible taille des tranches du forfait annuel (2 500 passages) alors que les normes de personnels varient par tranches de 10 000 patients aboutissent à des écarts de recettes qui peuvent varier du simple au double pour une même activité du fait de cet effet d'échelle.

La facturation spécifique des actes complémentaires peut également pousser à leur multiplication, même si elle dépend largement de l'exhaustivité et de la qualité, inégale, du recueil et du codage des actes réalisés pendant le passage.

Le mode de tarification des urgences s'avère en revanche désincitatif à l'égard des coopérations entre établissements : la mise en place d'une structure multi-sites (une entité juridique) à la place de plusieurs sites modifie l'attribution des tranches de FAU⁴³⁹, un seul établissement étant rémunéré pour les passages, alors que les deux supportent des charges fixes.

Les multiples défauts de ce dispositif tarifaire avaient été mis en relief en 2007 par la Cour qui avait recommandé sa modernisation. Un travail de réflexion sur les modèles de financement des urgences n'a

439. En 2012, à titre d'exemple, en Midi-Pyrénées, 17,1 % des patients sont cotés en CCMU1, 63,6 % en CCMU2 et 16,8 % en CCMU3.

cependant été engagé que récemment avec pour objectif de définir un cadre rénové pour la campagne tarifaire 2015.

2 - Une méconnaissance persistante des coûts

C'est dans cette perspective que l'ATIH a été chargée de piloter en 2014 une enquête de coûts complets sur les services d'urgence.

En effet, les outils existants ne permettent pas de les évaluer. Le financement actuel des activités hospitalières n'est pas construit sur une logique d'évaluation des coûts des services, mais des séjours, ce qui rend difficile toute tentative de comparaison des charges et des recettes. De plus, dans les services d'urgence, deux types d'activité coexistent : une activité donnant lieu à des actes externes et une activité d'hospitalisation, alors que les moyens alloués aux deux sont confondus et souvent même mutualisés avec d'autres.

Dans ces conditions, l'ATIH est à ce stade seulement en mesure de produire, sur la base des retraitements comptables, une estimation des charges directes nettes des services d'urgence d'une part, des UHCD d'autre part pour le secteur public. En l'état, ces données tendent à montrer que ces charges seraient supérieures aux recettes, mais compte tenu des limites méthodologiques précitées, il est difficile de conclure au caractère globalement déséquilibré de l'activité d'urgence pour les établissements publics de santé.

Peu aisées à apprécier dans le secteur public, les dépenses liées à l'activité d'accueil des urgences dans les établissements à but lucratif ne font pas l'objet d'une estimation globale. La CNAMTS n'a pas cherché notamment à évaluer, ne serait-ce que par des études sur des échantillons d'établissements, la part des actes effectués dans le cadre d'une activité d'urgence et rémunérés sous forme d'honoraires.

Cette méconnaissance empêche de disposer d'une vision consolidée des montants que l'assurance maladie affecte au financement des services d'urgence. Les seules recettes directes perçues par les établissements publics et les ESPIC au titre de l'activité d'accueil des urgences s'élevaient à près de 2,5 Md€ en 2011 (dernière année disponible), mais les données correspondantes pour le secteur privé à but lucratif ne sont pas connues.

Sur la base de cette estimation, chacun des 15 480 000 passages dans un service d'urgence d'un établissement public ou d'un ESPIC, qui concentrent selon l'enquête de la DREES 86 % des flux, reviendrait pour l'assurance maladie en moyenne à 161,50 €.

Une analyse fine et rigoureuse des coûts complets des services d'urgence n'est pas seulement nécessaire au regard de l'appréciation de leur équilibre financier et du pilotage de leur efficacité. Elle est aussi indispensable pour pouvoir procéder à des comparaisons avec des prises en charge en ville pour des situations de même type. De telles comparaisons sont en effet une condition indispensable pour redéfinir la juste place des urgences hospitalières dans l'offre de soins non programmés.

III - Mieux articuler l'hôpital et la médecine de ville

Le principe essentiel de liberté d'accès aux urgences hospitalières fait reposer l'enjeu d'une meilleure régulation de leur fréquentation sur la capacité à orienter une part de la demande de soins vers le mode de prise en charge le mieux adapté et le moins coûteux, comme observé aussi au demeurant à l'étranger.

Les réflexions en cours au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la fréquentation des services d'urgences a progressé de plus de deux millions depuis dix ans pour atteindre 16 millions de passages en 2012/2013. Une profonde remise à plat de l'organisation des services d'urgence a été proposée par un rapport officiel publié en novembre 2013. Parmi les principales orientations figurent le développement d'un service médical d'urgence en dehors de l'hôpital, axé sur l'accès aux services de santé primaires, la différenciation du dispositif d'urgences hospitalières en deux niveaux (« major emergency centres » et « emergency centres »), mais aussi une meilleure information des assurés.

La recherche d'un meilleur équilibre entre ce qui peut être pris en charge par la médecine de ville et ce qui doit être traité par l'hôpital continue à se heurter à de nombreuses difficultés. Y remédier suppose notamment d'intensifier les efforts.

A - Identifier et analyser les « passages évitables »

La méconnaissance des caractéristiques des patients recourant aux urgences rend difficile la détermination de la part d'entre eux qui pourrait être pris en charge en médecine de ville. La mesure et l'analyse des « passages évitables » constituent pourtant un enjeu majeur au regard de la bonne orientation des patients, tant sur le plan médical que financier.

Déterminer qu'un patient pourrait relever d'une prise en charge en ville suppose principalement une évaluation du degré de gravité de son état. Celle-ci repose aujourd'hui essentiellement sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), référentiel établi par la société française de médecine d'urgence.

La classification clinique des malades aux urgences

La CCMU comporte 7 classes. Les classes 1 à 5 correspondent à des situations de gravité croissante (1 : état clinique stable, pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique ; 2 : état stable, décision d'acte complémentaire diagnostique ; 3 : état pouvant s'aggraver aux urgences ; 4 : pronostic vital engagé sans geste de réanimation immédiat nécessaire ; 5 : pronostic vital engagé, nécessité de manœuvres de réanimation immédiates. Les deux autres catégories correspondent à la psychiatrie et au décès.

Malgré plusieurs limites, cette classification présente l'avantage d'être commune à l'ensemble des services et été retenue pour renseigner les données devant nécessairement figurer dans les résumés de passages aux urgences.

Les incertitudes sur la part de patients qui pourraient être pris en charge en ville portent essentiellement sur ceux relevant des catégories CCMU1 et 2, qui sont de loin majoritaires⁴⁴⁰.

Selon l'enquête de la DREES, un passage sur cinq n'a pas comporté d'acte, ce qui recouvre la catégorie CCMU1. Cette donnée pourrait correspondre sous réserve d'analyses plus approfondies sur le profil sanitaire des patients en cause et toutes choses égales par ailleurs, à une réorientation éventuellement possible de l'ordre de 3,6 millions de passages annuels vers une prise en charge en ville.

Cette donnée souligne tout l'intérêt prioritaire qui s'attache à ce que des études spécifiques documentent précisément les coûts comparés de prise en charge en ville et à l'hôpital des patients à l'état de santé considéré comme d'une gravité peu élevée. Sur la base du différentiel entre le coût moyen estimé *supra* de 161,50 € par passage et du tarif des consultations en ville, l'ordre de grandeur des économies brutes susceptibles de résulter de la réorientation vers une prise en charge en ville de ces patients se présentant aux urgences, compte non tenu notamment des besoins de renforcement éventuels de la permanence des soins,

440. En 2012, à titre d'exemple, en Midi Pyrénées, 17,1 % des patients sont cotés en CCMU1 et 63,6 % en CCMU2.

pourrait être de l'ordre de 500 M€⁴⁴¹. Ce chiffre mérite d'être considéré avec précaution et devrait être bien entendu affiné, mais il illustre les marges d'efficience susceptibles d'être dégagées.

L'analyse précise des soins apportés aux patients en CCMU2 apparaît essentielle par ailleurs au regard de la capacité de la médecine de ville à leur apporter une réponse satisfaisante en termes notamment de besoins complémentaires d'exams radiologiques et d'analyses biologiques.

B - Renforcer l'efficience de la permanence des soins ambulatoires

La Cour a mis en lumière dans l'enquête qu'elle lui a spécifiquement consacrée en 2013 les multiples fragilités du dispositif de la permanence des soins ambulatoires tel que progressivement organisé pour répondre aux demandes de soins la nuit, le weekend et les jours fériés à la suite de l'abandon en 2002 de l'obligation déontologique de garde des médecins libéraux.

Si en effet le principe d'une régulation médicale préalable à toute intervention a constitué une innovation majeure, les modalités de mise en œuvre de la permanence des soins, par ailleurs particulièrement onéreuses, n'ont que très inégalement permis de mieux organiser la continuité d'une présence médicale adaptée sur l'ensemble du territoire.

L'articulation beaucoup plus étroite du dispositif ainsi institué avec les urgences hospitalières est une condition de sa consolidation. La difficulté grandissante de mettre effectivement en place aux horaires de « nuit profonde » les gardes effectuées par les médecins libéraux de moins en moins nombreux, au risque avéré de voir de nombreux secteurs non couverts, doit conduire à faire davantage reposer après minuit les prises en charge sur les urgences hospitalières. En dehors de ces horaires, les maisons médicales de garde devraient constituer une des principales alternatives au recours aux services d'urgences aux heures de la permanence des soins pour assurer une activité de consultation médicale non programmée en disposant d'un minimum d'équipements. Leur place reste cependant minoritaire dans le dispositif de prise en charge des urgences : peu nombreuses encore (369 en 2013), inégalement fréquentées, parfois mal financées, leur articulation avec l'hôpital est souvent imprécise.

441. Ce calcul se base sur l'hypothèse de 3,6 millions de consultations à 23 € prises en charge en ville (soit 82,8 M€) à comparer avec leur coût à l'hôpital sur la base d'un coût moyen par passage de 161,50 € (581,4 M€).

La place variable des maisons médicales de garde

La maison médicale de garde de Roubaix, située en face du centre hospitalier, créée en 1999, soutenue par l'hôpital et la mairie pour répondre aux besoins d'une population souvent en difficulté sociale, est considérée comme un complément indispensable du service des urgences.

À Toulouse en revanche, la maison médicale de garde implantée à l'hôpital de la Grave à Toulouse, située dans un établissement faisant partie du CHU, mais à distance des services d'urgence, attire à l'inverse peu de patients et n'a pas empêché l'augmentation des passages aux urgences des sites de Purpan et Rangueil.

Comme la Cour le soulignait, la poursuite souhaitable du développement des maisons médicales de garde devrait ainsi s'inscrire aussi étroitement que possible dans une complémentarité avec les urgences hospitalières en se situant autant que possible à leur proximité, voire au sein même des établissements de santé.

C - Développer de nouveaux modes d'accès à des soins non programmés en ville

Les données des ORU aussi bien que l'enquête de la DREES montrent que la majeure partie de l'activité d'accueil des urgences a lieu en journée (entre 8h00 et 20h00), en dehors des heures de la permanence des soins. Le besoin d'une prise en charge en dehors des horaires de travail n'est au demeurant évoqué que par 3 % des patients selon la DREES.

L'évolution de la pratique libérale se caractérise de fait par une tendance à la réduction des plages consacrées aux consultations sans rendez-vous au bénéfice des consultations programmées. L'institution du médecin traitant, auquel chaque assuré doit choisir de se rattacher⁴⁴², n'a pas, au demeurant, développé le réflexe de s'adresser à lui en cas de difficulté inopinée de santé : dans 61 % des cas le recours aux urgences n'a été précédé d'aucun avis médical. L'absence du médecin traitant n'est citée que par 6 % des patients comme expliquant leur passage aux urgences.

Les difficultés d'accéder à des consultations non programmées en dehors des urgences hospitalières conduisent à différentes

442. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, chapitre 3: le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, La Documentation française, février 2013, p. 579-585, disponible sur www.ccomptes.fr.

expérimentations, souvent à l'initiative d'établissements de santé soucieux de diminuer la pression sur leurs services.

Un exemple de consultations sans rendez-vous dans la région Centre

Pour lutter contre la désertification médicale et inciter les médecins libéraux à assurer une activité non programmée en journée, une expérience a été initiée par le centre hospitalier de Blois avec le soutien financier de l'ARS. La « plateforme alternative d'innovation en santé » (PAI) favorise la coopération entre des médecins généralistes volontaires pour qu'ils assurent des consultations médicales non programmées, en journée, après un filtrage par un secrétariat commun. Ce dispositif permet une organisation spécifique de leur temps de travail sous forme d'une journée consacrée à cette activité dans la semaine. Le bilan dressé fait apparaître cependant que l'évaluation de l'impact de ce dispositif sur l'activité des urgences reste à faire.

Le développement de projets de consultations « H24 » sans rendez-vous en milieu hospitalier, comme l'a envisagé l'AP-HP à l'Hôtel Dieu, met aussi en évidence ce besoin de soins non programmés non couverts par la médecine de ville. Le risque existe cependant de reconcentrer alors sur l'hôpital des flux de patients qui devraient être pris en charge autrement.

De ce point de vue, la question est posée de la diffusion de nouveaux modes d'exercice des professionnels libéraux de santé selon une logique de regroupement de compétences associées dont l'expérimentation en cours de maisons de santé pluri-professionnelles, implantées dans les zones en risque de désertification médicale, peut constituer une préfiguration. Au nombre de 370 début 2014, elles voient pour partie leur financement conditionné à une organisation permettant chaque jour de recevoir des patients ayant besoin de soins non programmés.

Ce mode d'organisation pourrait également permettre de remédier aux difficultés de la médecine de ville pour prendre en charge la traumatologie, première cause de recours aux urgences (plus de 31 % pour les adultes et 36 % pour les enfants). Cette dernière demande une pratique et un environnement (accès rapide à l'imagerie, petit matériel chirurgical, aide infirmière etc.) qui ne correspondent pas aux organisations actuelles.

Serait ainsi à examiner, sur la base d'études de coûts comparatifs précis en termes d'investissement et de fonctionnement avec les prises en charge des mêmes soins au sein de services d'urgences disposant de circuits courts, l'opportunité pour certaines maisons de santé pluri-professionnelles ayant une activité importante de disposer d'un plateau technique minimum, autorisant à réaliser sur place des actes de soins pour

petite traumatologie et, dans des délais courts, certains examens d'imagerie et de biologie.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Face à l'augmentation continue du recours aux urgences hospitalières, la solution a été recherchée plus dans la mobilisation de moyens supplémentaires que par la recherche d'une meilleure efficacité, même si les efforts d'organisation conduits par nombre d'établissements se sont traduits par la diffusion progressive de nouvelles pratiques améliorant les conditions de prise en charge.

La persistance de certaines situations de tensions atteste cependant de la fragilité et des limites d'un dispositif demeuré trop centré sur l'hôpital, qui au-delà des urgences vitales et graves doit sans cesse davantage répondre à une demande de soins non programmés qui pourrait être pour une part sans doute très importante assurée en ville par d'autres acteurs du système de soins. Un passage sur cinq n'a pas nécessité d'autre acte qu'une consultation, soit en première analyse de l'ordre de 3 600 000 « passages évitables ». Sans préjudice de la proportion de patients pour lesquels les interventions complémentaires nécessaires auraient pu être pratiquées en ville, une réorientation de ce flux vers la médecine ambulatoire pourrait se traduire pour l'assurance maladie, toutes choses égales par ailleurs, par des économies de l'ordre de 500 ou 300 M€.

Ces constats amènent à considérer que l'amélioration de l'efficacité du dispositif dépend moins de l'allocation de nouveaux financements que d'une meilleure définition de la place et du rôle des services d'urgence dans le système de soins, en termes d'organisation interne des établissements, d'orientation des patients et d'articulation entre hôpital et médecine de ville.

Il revient aux pouvoirs publics d'en assurer un pilotage plus efficient. Trois types de mesures doivent y contribuer : améliorer la connaissance des motifs de recours aux urgences et des caractéristiques des patients, mieux diffuser les modes d'organisation innovants, faire évoluer le mode de financement sur la base d'une meilleure connaissance des coûts.

Il est indispensable que le ministère chargé de la santé se donne les moyens d'une meilleure connaissance des patients recourant aux urgences, notamment ceux qui ne sont pas hospitalisés et entreprenne, dans le cadre des travaux de révision de la tarification, une étude comparative sur les coûts respectifs de la prise en charge des patients,

de catégorie CCMU 1 et 2 notamment, en milieu hospitalier et en ville. Une généralisation des pratiques qui ont fait leurs preuves (filiales courtes, gestion des lits, filiales gériatriques...) est à promouvoir de manière plus vigoureuse. Le bon aboutissement de la révision de la tarification des services d'urgence, dont la Cour a plusieurs fois relevé la nécessité, est indispensable pour éviter qu'elle ne contrarie les efforts de régulation de l'activité et inciter davantage à l'efficience des prises en charge.

Plus essentiellement, le renforcement de la permanence des soins ambulatoires, notamment par la poursuite de la création de maisons médicales de garde étroitement articulées avec les urgences hospitalières, est à accompagner du développement de nouveaux modes d'accès en journée à des soins non programmés en médecine de ville. L'apport à cet égard des maisons pluriprofessionnelles de santé mériterait d'être conforté par l'examen de la possibilité d'adosser les plus importantes à un petit plateau technique.

La Cour formule les recommandations suivantes :

59. généraliser les nouveaux modes d'organisation interne des urgences qui ont fait preuve de leur efficacité (notamment circuits courts, mise en place de gestionnaires de lits, admissions directes en gériatrie) ;

60. faire évoluer la tarification en vue d'améliorer l'efficience des urgences, sur la base, notamment, de comparaisons des coûts de prise en charge à l'hôpital et en ville des patients nécessitant une simple consultation (recommandation réitérée) ;

61. mesurer et analyser les « passages évitables » aux urgences de patients dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville ;

62. renforcer la permanence des soins ambulatoires par le développement des maisons médicales de garde ;

63. développer la prise en charge en ville des soins non programmés, dans le cadre notamment de maisons de santé pluri-professionnelles dotées d'un plateau technique léger.
