



Dossier documentaire Les soins non programmés

**Document établi avec le concours méthodologique de la HAS ,
conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères
d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.**

Rédacteur :

Docteur Jean-Pierre Mairesse
Médecin coordonnateur des GQ de Normandie

Définition : Ceux sont les consultations et actes de médecine générale sans rendez-vous et/ou associés à des actes techniques comme la petite chirurgie, la traumatologie, les douleurs aiguës etc

LA PROBLEMATIQUE :

LA REPONSE ACTUELLE AUX SOINS D'URGENCE ET NON PROGRAMMES (*livre blanc du Samu Urgence de France*)

Les structures de médecine d'urgence : Elles ont assuré 21,2 millions de passage en 2016, avec +15% en 4 ans,

Les SAMUS-Centre 15 :

Le SAMU a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence :

Il assure une écoute médicale permanente 24h/24, 7 jours/7.

Il détermine et déclenche la réponse la plus adaptée à l'appel dans le délai le plus rapide

Il s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient

Il organise le cas échéant le transport du patient et son accueil hospitalier.

En 2015 il y avait 102 Samu -Centre 15 sur le territoire national avec une activité variant de moins de 15 000 à plus de 370 000 dossiers de régulation médicale.

Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)

L'équipe de réanimation est composée d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier, ce dernier pouvant être remplacé par le pilote en cas de transport hélicoptéré.

La mission du SMUR est déclenchée par le SAMU-Centre 15. Il prend en charge sur place, les détresses médicales, la réalisation de soins d'urgence avant et pendant le transport, vers l'établissement adapté désigné par le SAMU.

428 SMUR couvrent le territoire et couvrent près de 800 000 interventions par an.

Les structures d'urgence (SU)

Elles assurent en service hospitalier public ou privé, la prise en charge des soins non programmés, 24h/24 tous les jours de l'année. La structure actuelle dénommée structure des urgences regroupe les anciens SAU (service d'accueil des urgences), UPATOU (unité de proximité d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences, POSU (pôle spécialisé des urgences).

Actuellement 655 établissements assurent la prise en charge des soins d'urgence et de soins non programmés. Leur activité va de 10 000 à plus de 75 000 passages.

La médecine libérale :

Plus de 20% des patients déclarent venir aux urgences par défaut : absence d'autres solutions

Absence du médecin traitant (6%)

Impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour un examen complémentaire (5%).

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) couvre les nuits et les week-end et jours fériés à des horaires définis.

Les usagers de ces PDSA remarquent que :

La création des mésons médicales de garde n'est plus assuré

La sectorisation a atteint ses limites

L'arrêt de la garde en nuit profonde.

Ils souhaitent aussi une effecton mobile pour des visites incompressibles y compris en nuit profonde une prise en charge pour des patients dont l'acheminement en transport sanitaire n'est ni nécessaire, ni souhaitable.

Il est rappelé que tout acte médical pendant les périodes de permanence des soins est censé être régulé en amont et avant toute intervention par un médecin régulateur exclusivement réservé à cette tâche.

Il n'y a pas de médecins régulateurs dans 1/3 des départements et dans 2/3 des départements il n'y a pas de numéros spécifiques pour joindre les médecins régulateurs.

Concernant la PDSA 67% des territoires s'arrêtent de fonctionner à minuit.

Le livre blanc du SAMU constate « **que le dispositif de médecine libérale ne permet plus de répondre en tous points et en toutes heures aux demandes de soins non programmés de nos concitoyens.** »

SOS médecins :

Couvre une grande partie des grandes agglomérations avec un millier de praticiens dans 62 centres.

L'association revendique 60% des actes de PDSA en milieu urbain soit 2,5 millions d'interventions.

La réponse technologique d'urgence (RTU)

Elle est assurée 24h/24 par les centres anti-poisons et de toxico vigilance (CAPTV)

Les SAMUS voient apparaître de nouveaux contextes de prise en charge du au vieillissement, aux handicaps, à l'exclusion sociale, à la fin de vie et à l'hospitalisation à domicile, problème majeur de Santé Publique.

LE POINT DE VUE DE LA SFMG (Soins non programmés il y a urgence Philippe Boisnault)

Depuis de nombreuses années les services d'accueil et urgence des hôpitaux sont débordés.

Ils font régulièrement la une de l'actualité avec les mêmes demandes quantitatives et les mêmes griefs à propos de l'organisation des soins : pas assez de soignants, pas assez de lit d'aval, manque d'implication des médecins de ville, rémunération insuffisante

. Un premier constat est que **la grande majorité des professionnels de santé assume son travail, consciencieusement et avec humanité.** En revanche, force est de constater qu'ils n'envisagent le problème, et donc les solutions, qu'à travers le prisme de leur pratique, sans se replacer dans l'écosystème des soins programmés.

La Cour des comptes chiffre le passage aux urgences à 148€ en moyenne (hors dépenses engendrées), alors que le coût en médecine de ville est cinq fois moindre.

La prise en charge des actes non programmés par les médecins généralistes est estimée à 12% en 2006 par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) soit environ 33 millions d'actes par an.

Par ailleurs, le dernier rapport de la Cour des comptes précise que 20% des passages aux urgences ne sont pas justifiés et que 50% des patients pourrait être vu en ville pour peu que les praticiens puissent accéder à un plateau technique minimum (radiographie, biologie...) dans un délai raisonnable. Si c'est 50% de ces patients étaient pris en charge en médecine générale cela rajouterait moins d'un acte par médecin et par jour ouvré. Le docteur Boisnault conclue qu'il existe bien des pistes d'amélioration dont l'une serait que : « *les généralistes assument ce "presque un acte par jour", sans se retrancher derrière le "on ne prend pas de nouveau patient" contraire au serment d'Hippocrate* ».

Les propositions du gouvernement : *Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires. Rapport de Thosmas Mesnier député de Charente. Rapport remis à madame la ministre de la santé en mai 2018)*

La synthèse du rapport du député MESNIER porte sur les soins non programmés, entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Il s'adresse aux soins dispensés entre 8h et 20h en semaine, et le samedi matin. Dans sa synthèse il précise qu'aucun schéma type ne saurait être imposé par le niveau national, tant la diversité des situations est grande sur chaque territoire et dès lors que l'initiative ne saurait être prise que par les professionnels de santé. Mais un effort massif d'accompagnement de leurs initiatives, de maillage du territoire, et d'incitations doit être réalisé par les pouvoirs publics.

Il apparaît que le schéma cible qui pourrait être le mieux adapté serait de fortement inciter les professionnels de santé à faire de l'accueil des soins non programmés une mission prioritaire des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Aussi est-il recommandé à court terme que les ARS passent des appels d'offre pour contractualiser avec des organisations pluridisciplinaires de prise en charge territoriale des soins non programmés (soins de premiers recours, premiers soins) créées par les professionnels de santé du territoire qui pourront, à terme, devenir des CPTS.

Pour atteindre cet objectif :

- ✚ Il est nécessaire qu'à l'instar de ce qui existe au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, la consultation d'un médecin appartenant au réseau de premiers soins autre que le médecin traitant du patient puisse être remboursée sans pénalité liée au parcours de soins
- ✚ Il est impératif, de façon générale, mais tout particulièrement dans le cas des soins non programmés, de dégager du temps médical utile, en encourageant beaucoup plus résolument qu'aujourd'hui le partage de tâches entre médecins et autres professions de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens), à partir d'un panier de soins défini et protocolisé au niveau national.
- ✚ Une campagne massive d'information sur le numéro d'appel et le bon recours au niveau pertinent doit être menée dans les grands médias audio-visuels, sur les réseaux sociaux et par insertion dans les bulletins municipaux. Elle devra également être diffusée par affichage sur les sites des établissements de santé et des caisses primaires d'assurance maladie et dans les salles d'attente des professionnels de santé. Les associations d'usagers du système de santé et les organisations représentatives des médecins ainsi que les ordres professionnels peuvent utilement s'en faire les relais.
- ✚ Des actions d'éducation à la santé, sur le modèle de celles mises en place par la Mutualité sociale agricole, et démultipliées par les acteurs du futur service sanitaire, doivent être menées auprès de la population pour lui rappeler les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, et les réflexes de recours à la médecine de proximité en cas de plus grande difficulté.
- ✚ Le développement rapide et le déploiement des dossiers médicaux partagés (DMP) et des messageries de santé sécurisée (MSS) doivent très vite être accompagnés par la structuration et l'indexation des informations versées au DMP, pour qu'ils puissent être réellement utilisés par les professionnels de santé ;
Le développement rapide de la télémédecine doit trouver, en matière de soins non programmés, un point d'application tout particulier pour les personnes à mobilité réduite demeurant à domicile et dans les EHPAD où, par ailleurs, les médecins coordonnateurs doivent se voir reconnaître une capacité de prescription pour pallier l'absence du médecin traitant du résident ;
- ✚ Pour autant, au-delà des potentialités offertes par la télémédecine, la rémunération des visites à domicile doit être revalorisée, tant pour les médecins que pour les infirmières, pour que soit pris en compte le manque à gagner, par rapport à des consultations en cabinet, induit par le temps de déplacement ;

- ✚ Enfin, l'extension à la journée de la régulation téléphonique des centres 15, tel que cela est déjà pratiqué dans certains départements, apparaît, au regard des expériences étrangères comme de l'ensemble des auditions réalisées, à terme, comme une des conditions essentielles de la pleine réussite du dispositif.

La réaction des syndicats : *(Soins non programmés : les médecins libéraux se méfient du retour des gardes obligatoires)*

Le rapport du Dr Thomas Mesnier sur les soins non programmés, rendu au ministère de la Santé, a vivement fait réagir les syndicats de médecins libéraux, qui redoutent derrière certaines des 19 recommandations un retour sur le principe de volontariat des gardes médicales en ville

- ✚ **La CSMF** a dénoncé « un retour à une obligation individuelle de garde » que les médecins libéraux « ne toléreront pas ». Premièrement, les médecins de ville assurent déjà « une grande partie des soins non programmés dans leurs cabinets [35 millions de consultations en 2004, NDLR], ainsi qu'au travers de la permanence des soins et de la régulation libérale » la nuit et les week-ends, note la centrale présidée par le Dr Jean-Paul Ortiz. Ensuite, solliciter davantage la ville « va nécessiter un changement complet d'orientation dans l'attribution des moyens, à l'inverse de ce qui s'est fait depuis de nombreuses années ». Sur ce volet, le Dr Mesnier doit revoir sa copie, juge encore la CSMF. Opposée à l'idée d'un numéro unique en santé, la CSMF réclame la mise en place d'un numéro unique 116-117 « pour recourir à la médecine de première ligne » et une valorisation financière des tarifs de garde et de soins non programmés effectués en cabinet de ville. S'il apprécie la « place prépondérante » accordée par le Dr Mesnier au médecin généraliste dans la prise en charge des soins non programmés, MG France n'est « pas très heureux » que l'urgentiste préconise de modifier la loi pour permettre « aux médecins d'une organisation de soins non programmés labellisée d'être considéré comme le médecin traitant du patient ». « Il est nécessaire qu'à l'instar de ce qui existe au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, la consultation d'un médecin appartenant au réseau de premiers soins autre que le médecin traitant du patient puisse être remboursée sans pénalité liée au parcours de soins », argumente le Dr Mesnier dans son rapport. « Attention au contournement du médecin traitant », gronde le Dr Jacques Battistoni, joint par « le Quotidien ».
- ✚ **Le SML** propose quant à lui une solution intermédiaire : conserver le 15 pour les urgences vitales et étendre le 116 117 en dehors de la PDSA, avec des médecins volontaires pour organiser une régulation libérale des soins non programmés en journée. « *C'est la seule façon de modifier les comportements et d'indiquer aux patients que le chemin de l'hôpital ne saurait être la seule voie menant à des consultations pour les urgentes non vitales* », argumente le syndicat
- ✚ **L'UFML-S** raille le principe de « *responsabilité territoriale* », qui fait craindre le retour à une obligation des gardes des libéraux. « *Comment peut-on imaginer un seul instant rendre les médecins pénalement et ou civilement responsables d'un territoire alors que ce sont l'ARS et la préfecture qui définissent à la fois le nombre d'effecteurs et la surface des territoires ?* », s'interroge faussement le jeune syndicat. Quant au principe de demi-journées de soins non programmés, il semble impossible à mettre en place si les médecins ne sont pas maîtres de leurs plannings. « *Au-delà des mots et des annonces, l'urgence est à la relance de l'attractivité de la médecine générale libérale, pas à rechercher des demi-journées alors même que les médecins en exercice croulent sous les demandes* », jette le syndicat du Dr Jérôme Marty.

Quatre syndicats (CSMF, FMF, MG France, SML) demandent à être reçus sur le sujet par la ministre de la Santé.

Apport de la télémédecine (*Comment répondre à la demande croissante de soins non programmés ?*
Le docteur Pierre Simon décrypte la situation et propose la téléconsultation « hors parcours » Juillet 2019)

Comment les soins non programmés sont gérés dans les cabinets des médecins participants aux groupes Qualité® ?