ALTERNATIVES ET AVAL DES URGENCES : ou comment le système de santé peut-il prendre le virage du vieillissement de la population et des polypathologies

Dr Nabil EL BEKI

Mme Laurence LAIGNEL

Pr Olivier MIMOZ

Dr Christophe SCHMITT

M. Arnaud VANNESTE

Dr Jean-Marie WOEHL

Mai 2026

MANDAT ET OBJECTIFS DE LA MISSION

1. Mandat donné par les Ministres

Par lettre de mission du 5 septembre 2025, Mme Catherine Vautrin, Ministre du Travail, de la Santé, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, et M. Yannick Neuder, Ministre délégué à la Santé, ont chargé le Dr Nabil ELBEKI, Mme Laurence LAIGNEL, le Pr Olivier MIMOZ, le Dr Christophe SCHMITT, M. Arnaud VANNESTE et le Dr Jean-Marie WOEHL d'élaborer des recommandations visant deux objectifs :

- *« Définir des parcours de prise en charge alternatifs aux urgences lorsque cela est pertinent.*
- *« Recenser la palette de solutions concrètes pour fluidifier les parcours des patients entrés via les urgences. »*

La mission s'appuie sur l'audition de plus de 40 représentations de professionnels impliqués.

2. Synthèse des constats majeurs

Le recours croissant aux urgences et la prise en charge requise pour les personnes les plus vulnérables, en particulier les plus âgées, tiennent avant tout à un problème de flux et de parcours : absence de réponse sanitaire en temps utile lors de l'apparition d'une décompensation amenant à un transfert aux urgences, souvent suivi d'une hospitalisation, manque de lits disponibles pour des profils polypathologiques, eux-mêmes embolisés par des patients qui ne trouvent pas de solutions d'aval (SMR, EHPAD, SAD, HAD…) ces effecteurs étant eux-mêmes saturés ou dans l'incapacité de les accueillir. La mission établit ainsi que les difficultés rencontrées aux urgences ne relèvent pas uniquement des services d'urgences, ni même uniquement de l'hôpital, mais traduisent une inadéquation structurelle du système de santé dans son ensemble (hospitalier et ambulatoire, libéral et public) face aux défis de santé publique posés par les impacts sanitaires, médico-sociaux et sociaux du vieillissement de la population, de l'augmentation des multimorbidités et de l'explosion des maladies chroniques :

- Vieillissement insuffisamment anticipé et explosion des maladies chroniques : prises en charge plus complexes auxquelles nos organisations (formation, structuration des parcours, articulation des étapes) ne sont plus adaptées.
- Intrication sanitaire/médico-social de plus en plus fréquente : multiplication des points de rupture des parcours, générant des nœuds d'engorgement et rendant impossible l'écoulement d'un flux qui n'est plus maîtrisé.
- Politiques publiques insuffisamment guidées par une analyse des besoins de santé publique (alors que les données sont disponibles) et insuffisamment projetées dans le temps (vision trop souvent annuelle plutôt que pluriannuelle).
- Choix des 20 dernières années en faveur d'une médecine hyperspécialisée survalorisée au détriment d'une médecine plus globale. Associé à l'arrêt de l'obligation de garde il a créé un schisme entre une médecine exposée (médecine générale et spécialités liées à l'urgence/PDSES, ainsi que les disciplines holistiques et de synthèse : gériatrie, médecine interne, médecine polyvalente) et une médecine programmée/protégée (spécialités d'organe de second recours), particulièrement en ville mais aussi à l'hôpital.
- Évolutions sociétales (équilibre vie professionnelle/vie personnelle, projets personnels parfois déconnectés des besoins sociétaux) entraînant une diminution du temps médical

disponible, tandis que les besoins de la population augmentent (justifiés ou liés à des habitudes plus consuméristes).
- Manque de valorisation des métiers paramédicaux et d'accompagnement exerçant autour du grand âge
- Nombreuses initiatives/solutions locales efficaces issues de missions précédentes qui méritent d'être généralisées lorsque pertinentes, mais leur pérennité nécessite une volonté politique et un cadre national.

Ce constat, sombre, oblige à une réaction rapide et à une réponse structurante : non pas un simple catalogue, mais une évolution en profondeur du système de santé.

3. Axes de travail proposés

- Axe 1 : Faire des parcours des personnes âgées une priorité absolue.
- Axe 2 : Pour une gouvernance territoriale et effective des parcours patients
- Axe 3 : Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours patients
- Axe 4 : Faire évoluer l'offre hospitalière vers une plus grande capacité de prise en charge polyvalente, intégrée dans une organisation plus agile avec les spécialités d'organe et favorisée par une formation médicale et paramédicale basée sur les besoins en santé publique
- Axe 5 : Spécificités de la pédiatrie
- Axe 6 : Spécificités de la psychiatrie
- Axe 7 : développer un financement prenant en compte la complexité des parcours et les efforts faits pour éviter les hospitalisations

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Axe 1 : Faire des parcours des personnes âgées une priorité absolue

L'ensemble des travaux de la mission mènent très vite au constat que les difficultés rencontrées aux urgences sont *de facto* la conséquence directe d'une inadéquation structurelle de l'ensemble du système de santé face aux défis de santé publique posé par les impacts sanitaires, médico-sociaux et sociaux du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et des multimorbidités.

La part des personnes âgées augmente et en leur sein celles et ceux présentant des maladies chroniques et des dépendances de plus en plus fréquentes. Les parcours de santé de nos ainés présentent de multiples ruptures le plus souvent liées à la fragmentation des prises en charge, aux silos que notre système a générés depuis des dizaines d'années.

Ces constats imposent un projet territorial pour la personne âgée réunissant tous les acteurs d'un territoire. Il a pour vocation de les fédérer autour de cet enjeu crucial de santé public pour y répondre par un dépistage précoce des fragilités, par un accès rapide à l'expertise gériatrique, par la création de parcours orientés préférentiellement vers le maintien à domicile et par l'identification et le soutien aux aidants.

Recommandation forte n°1 :

Obligation de décliner dans chaque territoire, et avec tous les acteurs un projet territorial pour la personne âgée comprenant :

- Une connaissance mutuelle des acteurs locaux ;
- Un consensus sur les outils d'évaluation utilisés, permettant une prévention et une détection des fragilités en ville et en établissement de santé ;
- Une organisation du recours à l'expertise gériatrique, garanti *via* un accès rapide ;
- Un partage des protocoles de prises en charge des différentes situations de la prise en charge gérontologique ;
- Le soutien aux aidants.

En confier le fonctionnement opérationnel à la CPTS et le déploiement des projets territoriaux pour la personne âgée à l'échelle départemental au trio CPTS/DAC/établissement support de GHT

Recommandation forte n°2 :

Créer la mention gériatrie pour les IPA (décret en Conseil d'Etat) et les déployer dans les EHPAD et les établissements de santé pour constituer un maillage territorial

Les EHPAD sont indissociables de cette réflexion. Le rôle des médecins coordinateurs doit évoluer et être renforcé, la lourdeur des prises en charge doit être prise en compte dans le dimensionnement des équipes et la création d'IPA mention gériatrie trouverait là plus qu'ailleurs un impact notable.

Proposition 1 :

Soutenir les médecins coordonnateurs en renforçant leurs prérogatives vis-à-vis de la prise en charge des résidents et en favorisant les communautés de pratique

Axe 2 : Pour une gouvernance territoriale et effective des parcours patients

De nombreux acteurs interviennent dans la coordination ou à tel ou tel moment des parcours (Filières gériatriques labélisées, DAC, CPTS, CRT, SAMU-SAS, cellules « parcours complexes » des établissements de santé, CSNP…). Leur articulation est très hétérogène en fonction des départements ou des bassins de vie et une nécessaire réorganisation s'impose. La place des CPTS doit être affirmée en lien avec les DAC et les établissements de santé support de GHT dans une méthodologie qui pourrait être celle de la « Responsabilité populationnelle » telle que développée ces dernières années sur des territoires pilotes. Des outils d'accompagnement doivent être mis en place au premier rang desquels l'interopérabilité numérique ville-hôpital-médicosocial mais aussi une uniformisation des horaires de PDS.

Recommandation forte n°3 :

Missionner les CPTS sur la coordination des parcours des patients fragiles en y créant des cellules de coordination ville-hôpital-médico-social, co-pilotée avec les filières de soins gériatriques labélisées le cas échéant, en y associant les cellules de parcours complexe des établissements de santé et en désignant les DAC comme l'effecteur privilégié des parcours complexes dans le cadre d'une « responsabilité populationnelle » partagée

Recommandation forte n°4

Coordonner les horaires de PDSES et de PDSA (18h30-8h30 la nuit ; 12H-18h30 le samedi ; 8h30-18h30 dimanches et jours fériés)

Proposition 2 :

Aboutir à un outil ergonomique de coordination et de continuité des parcours ville-hôpital-médico-social

Axe 3 : Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours

Les dispositifs présentés ici sont les éléments d'une stratégie globale visant à améliorer la fluidité des parcours hospitaliers. Ils sont pour la plupart déjà connus mais peinent à se mettre en place dans la majorité des établissements de santé. Ils s'articulent autour de quatre leviers complémentaires :

- Améliorer l'orientation des patients en amont et à l'entrée de l'hôpital : uniformiser le fonctionnement des SAS et réorienter certains patients hors des urgences lorsque pertinent ;

- Éviter certaines hospitalisations : grâce au développement d'équipes mobiles spécialisées et d'unités d'évaluation médicale rapide ou *via* le développement de l'HAD ;
- Mieux organiser les hospitalisations : en renforçant les dispositifs d'ordonnancement et les admissions directes depuis la ville ;
- Accélérer les sorties d'hospitalisation : grâce à des dispositifs dédiés tels que les salons d'entrée et de sortie ou les cellules de gestion des parcours complexes.

Recommandation forte n°5 :

Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours patients (SAMU-SAS, réorientation avant ou au SU, unité d'évaluation médicale rapide, numéros d'appel d'avis séniorisés, hospitalisation d'accès direct, cellules d'ordonnancement et leur déclinaison territoriale, salons d'entrée-sortie, cellules de parcours complexes, équipes mobiles spécialisées, recours à l'HAD, *etc*.).

Rendre obligatoire le déploiement des cellules d'ordonnancement dans le cadre de l'autorisation d'un SAU pour les établissements avec plus de 25 000 passages/an.

Axe 4 : Faire évoluer l'offre hospitalière vers une plus grande capacité de prise en charge polyvalente, intégrée dans une organisation plus agile avec les spécialités d'organe et favorisée par une formation médicale et paramédicale basée sur les besoins de santé publique

Depuis plusieurs dizaines d'années la formation médicale s'est concentrée sur les spécialités d'organe particulièrement médicotechniques au détriment de formations plus holistiques (médecine interne, gériatrie, pédiatrie, médecine d'urgence…). Il en résulte une inadéquation entre ressources médicales disponibles et besoins de santé publique en particulier ceux liés au vieillissement et à la polypathologie. Cela a entrainé le développement de la « médecine polyvalente hospitalière » en réponse au manque généré. En parallèle nos organisations hospitalières ce sont structurées de la même manière ce qui les rend incapable aujourd'hui à prendre en charge l'afflux des patients polypathologiques le plus souvent âgés. Nous devons changer de paradigme et réorganiser le système hospitalier pour le rendre apte à répondre aux réels besoins de la population.

Recommandation forte n°6

Organiser les établissements de santé autour d'unités de médecine polyvalente ou de médecine interne destinés aux patients non programmés, dont la taille et l'équilibre avec les services de spécialités dépendent de la taille et de la vocation de l'établissement (CHU, gros CH, CH de petite et moyenne taille, hôpitaux de proximité). Définir par un contrat de liaison entre services polyvalents et spécialités d'organe l'accès aux plateaux médico-techniques et la dispensation des avis spécialisés dans la structure. Évaluer les besoins et refonder la formation de médecine polyvalente hospitalière

L'enjeu de la formation est crucial dans cette réorganisation jusqu'à et y compris l'apprentissage de la pluri-professionnalité et le développement d'un *continuum* de métiers complémentaires.

Proposition 3

Privilégier en augmentant préférentiellement les effectifs, les spécialités transversales (médecine générales, médecine interne, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, médecine d'urgence) lors de la majoration du nombre d'interne à venir

Proposition 4

Promouvoir l'interprofessionnalité et développer un *continuum* de métiers complémentaires

Axe 5 : spécificités de la pédiatrie

La pédiatrie comme la psychiatrie partagent les mêmes problématiques que la médecine adulte et bon nombre de recommandations ou propositions ci-dessus s'y appliquent.

Seuls 10% des enfants sont hospitalisés après leur passage ce qui rend encore plus pertinent la réorientation avant ou à l'arrivée au SU. L'impact de la pédo-psychiatrie est de plus en plus prégnant ce qui impose des liens étroits entre ces spécialités.

Les enfants sont toujours accompagnés d'adulte et « l'éducation » de ces derniers est primordiales pour que l'accès aux urgences soit pertinent.

Recommandation forte n° 7

Généraliser les grilles de réorientation dans tous les SAU pédiatriques

Proposition 5

Amélioration de la régulation pédiatrique par la formation des IOA et l'usage de la visio régulation

Proposition 6

Renforcer les liens avec la pédopsychiatrie

Proposition 7

Sensibiliser les familles via des campagnes sur les bonnes pratiques

Axe 6 : spécificités de la psychiatrie

Les délais d'accès à la psychiatrie de ville et aux CMP, souvent de plusieurs mois, constituent un facteur majeur de recours aux urgences. L'aval constitue le principal point de blocage du système. Les difficultés d'accès à l'hospitalisation psychiatrique publique dues à une tension permanente

sur les lits, la faible réactivité des structures de secteur (CMP, Hôpitaux de jour) et la participation insuffisante du secteur privé contribuent à la saturation des urgences.

Les pistes de réflexion sont les suivantes :

- Continuer le développement du volet psychiatrique des SAS ;
- Améliorer l'organisation de la présence psychiatrique dans les SU ;
- Organisation de parcours de soins gradués.

Recommandation forte n°8

Structurer la réponse à la crise psychique adulte et infanto-juvénile

Proposition 8

Raccourcir les délais de rendez-vous en aval en aval des urgences psychiatriques

Proposition 9

Sécuriser la sortie des urgences en cas de non-hospitalisation

Proposition 10

Développer la réponse en post-urgence pour le public infanto-juvénile

Axe 7 : développer un financement prenant en compte la complexité des parcours et les efforts faits pour éviter les hospitalisations

La logique de cet axe est d'améliorer la cohérence entre les financements et les priorités de santé publique, ainsi que de rémunérer les évolutions à engager pour adapter le système de santé au vieillissement de la population et à l'augmentation des multimorbidités.

Recommandation forte n°9 :

Améliorer le financement des séjours des personnes âgées polypathologiques complexes en prenant en compte l'âge, le cumul de morbidité, l'accès direct ainsi que la carence d'aval

Proposition 11

Pour le financement des admissions directes non programmées, simplifier le recueil (par exemple par échantillonnage une semaine donnée) et augmenter les enveloppes régionales

Prendre en compte les indicateurs relatifs aux personnes âgées dans les calculs de la dotation populationnels des urgences (part des personnes âgées, *etc.*).

Proposition 12

Financer la généralisation des préconisations des axes 3, 5 et 6 :

Financer les unités d'évaluation rapide, les cellules d'ordonnancement, les salons d'entrée et de sortie par une dotation dédiée dans le compartiment MS pour les établissements de santé mettant en œuvre une autorisation d'urgence

Financer les charges d'investissement éventuelles par les 2% prélevés chaque année sur l'enveloppe CARRU et en faire du déploiement de ces leviers la priorité des projets financés

Evaluer l'effectivité de ces dispositifs par une remontée annuelle d'indicateurs d'activité simples aux ARS

Prendre en compte les patients réorientés dans la file active de la dotation populationnelle des urgences

Proposition 13

Soutenir budgétairement le développement des expertises en gériatrie :

Soutenir le développement d'équipes mobiles de gériatrie par une dotation financière des ARS *via* le FIR ou les MS ;

Financer un ETP de chef de projet par département/GHT pour porter le projet territorial pour la personne âgée *via* le FIR ;

Soutenir financièrement le développement des IPA par un financement à hauteur de 50% les trois premières années d'exercice.

Table des matières

MANDAT ET OBJECTIFS DE LA MISSION 2

1. Mandat donné par les Ministres 2
2. Synthèse des constats majeurs 2
3. Axes de travail proposés 3

SYNTHÈSE DU RAPPORT 4

Axe 1 : Faire des parcours des personnes âgées une priorité absolue 14

1. Analyse des besoins 14

1.1 La problématique principale des urgences est la prise en charge de personnes âgées en situation de fragilité 14

1.2 Impact en cours du vieillissement de la population 15

1.3 Une offre de prise en charge de la perte d'autonomie largement insuffisante 17

1.4 Phénomène concomitant : l'explosion des maladies chroniques et des patients polypathologiques 18

1.5 Problématiques des parcours de prise en charge des personnes âgées 18

1.6 Une évolution de l'offre de médecine générale et de spécialité défavorable 19

1.7 Impact sur les dépenses d'assurance maladie 19

2. Propositions 20

2.1 Instaurer un projet territorial pour la personne âgée 20

2.2 Renforcer les EHPAD dans leur expertise gériatrique, notamment par les IPA gériatrie 23

Axe 2 : Pour une gouvernance territoriale et effective des parcours patients 26

1. État des lieux et des besoins 26

1.1 Des parcours insuffisamment structurés 26

1.2 Des outils existent, il faut désormais les articuler et les responsabiliser 26

1.3 La résultante : l'absence de responsabilité populationnelle territoriale 30

2. Propositions 31

2.1 Réaffirmer et soutenir la responsabilité territoriale des CPTS dans la coordination des parcours des personnes âgées en situation de fragilité 31

2.2 Confier aux CPTS le fonctionnement opérationnel du projet territorial pour la personne âgée 32

2.3 Déployer le projet territorial pour la personne âgée par un co-portage CPTS/DAC/établissement support de GHT 33

2.4 La Responsabilité populationnelle : une méthodologie qui a fait ses preuves 33

2.5 Rendre effective l'interopérabilité numérique ville-hôpital-médico-social 35

2.6 Rééquilibrer la responsabilité de l'offre de soins non programmées et de la permanence des soins 36

2.7 Évaluation et indicateurs : inscrire les évolutions dans la durée 36

Axe 3 : Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours 38
1. Uniformiser le fonctionnement des Services d'Accès aux Soins (SAS) 38
1.1 Développer les expertises spécialisées selon les besoins des territoires 38
1.2 Développer la visio-régulation 40
1.3 Renforcer l'intégration des outils numériques et l'interopérabilité des systèmes 40
1.4 Difficultés identifiées 41
2. Faire de la réorientation depuis les urgences un outil structuré, sécurisé et valorisé de régulation des flux 41
2.1 Une réponse organisationnelle à la pression croissante sur les services d'urgences 41
2.2 Une réorientation fondée sur une évaluation clinique sécurisée 42
2.3 L'exemple du Québec : une réorientation structurée et outillée 42
2.4 Des expérimentations et initiatives en France 43
2.5 Enjeux médico-légaux et sécurisation des pratiques 43
2.6 Reconnaître et valoriser l'activité de réorientation 43
3. Fluidifier les parcours hospitaliers par une gestion active des capacités en lits 44
3.1 Développer les unités d'évaluation médicale rapide 44
3.2 Faire des lignes d'avis dédiées ville-hôpital et des admissions directes un levier de réduction des passages aux urgences 46
3.3 Imposer les cellules d'ordonnancement hospitalières et territoriales 47
3.4 Généraliser les salons d'arrivée pour mieux organiser les entrées programmées et préserver les capacités en lits 52
3.5 Optimiser les capacités d'hospitalisation par les hôtels hospitaliers 53
3.6 Généraliser les salons de sortie pour libérer les lits plus tôt et fluidifier l'aval des urgences 53
3.7 Créer des cellules de parcours complexes 55
3.8 Développer les équipes mobiles spécialisées 57
3.9 Faire des transports sanitaires un levier de fluidification 58
4. Renforcer la place de l'Hospitalisation à Domicile 58
4.1 Quatre leviers de développement pour renforcer l'impact de l'HAD 59
4.2 Une modalité encore insuffisamment mobilisée 60
Axe 4 : Faire évoluer l'offre hospitalière vers une plus grande capacité de prise en charge polyvalente, intégrée dans une organisation plus agile avec les spécialités d'organe et favorisée par une formation médicale et paramédicale basée sur les besoins de santé publique 63
1. Analyse des besoins 63
1.1 Conséquences des différentes réformes des études médicales 63
1.2 État des lieux des prises en charge hospitalières et en ville 63

1.3 La médecine polyvalente hospitalière 64
2. Propositions. 65
2.1 Restructurer les établissements de santé autour d'unités polyvalentes 65
2.2 Organiser l'avis spécialisé et le recours aux plateaux spécialisés 66
2.3 Construire une politique de formation médicale et paramédicale basée sur les besoins de santé publique et l'interprofessionnalité 66
Axe 5 : spécificités de la pédiatrie 71
1. Spécificités des urgences pédiatriques 71
1.1 Volume et répartition des passages 71
1.2 Problématiques majeures 71
2. Solutions envisageables 72
2.1 Réorientation des patients non urgents. 72
2.2 Amélioration de la régulation. 72
2.3 Renforcement des liens ville-hôpital. 73
3. Propositions complémentaires 73
Axe 6 : spécificités de la psychiatrie 74
1. Constats généraux 74
1.1 Difficultés identifiées en amont des urgences 74
1.2 Problématique de l'aval des urgences 74
1.3 Difficultés spécifiques concernant les mineurs. 75
2. Pistes de réflexion 75
2.1 Continuer le développement du volet psychiatrique des SAS 75
2.2 Améliorer l'organisation de la présence psychiatrique dans les SU 75
2.3 Organisation de parcours de soins gradués 76
2.4 Bed Management Spécifique 76
3. Préconisations 76
Axe 7 : développer un financement prenant en compte la complexité des parcours et les efforts faits pour éviter les hospitalisations 78
1. Développer des financements prenant en compte la complexité des parcours 78
2. Inciter et financer la généralisation de l'ensemble des mesures internes nécessaires à une amélioration des parcours hospitaliers 79
3. Soutenir financièrement l'organisation de la compétence gériatrique et du projet territorial pour la personne âgée 80
3.1 Financer les équipes mobiles de gériatrie 80
3.2 Financer la chefferie de projet pour mettre en place le projet territorial pour la personne âgée 80
3.3 Inciter au développement des IPA de gériatrie 80
CONCLUSION 82

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS FORTES ET PROPOSITIONS 83
9 recommandations fortes et 13 propositions 83
ANNEXE 1 : liste des organisations et personnes auditionnées 87
ANNEXE 2 : Bibliographie 90
REMERCIEMENTS 92

Axe 1 : Faire des parcours des personnes âgées une priorité absolue

L'ensemble des travaux de la mission mènent très vite au constat que les difficultés rencontrées aux urgences sont *de facto* la conséquence directe d'une inadéquation structurelle de l'ensemble du système de santé face aux défis de santé publique posé par les impacts sanitaires, médico-sociaux et sociaux du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et des multimorbidités.

1. Analyse des besoins

1.1 La problématique principale des urgences est la prise en charge de personnes âgées en situation de fragilité

L'activité des services d'urgence augmente de manière relativement linéaire, renforçant l'engorgement des urgences qui justifie cette mission. Si le constat est robuste, il nécessite toutefois une segmentation des patients pris en charge aux urgences car les situations sont diverses et appellent des solutions différentes.

S'agissant tout d'abord des patients légers (« bobologie »), relevant d'une filière courte des urgences, s'ils sont nombreux, ils ne constituent pas un enjeu systémique mais plus un sujet d'organisation d'une filière *ad hoc* et de dispositifs de type réorientation (*cf. infra*).

S'agissant des patients relevant des filières d'urgence vitale, les services d'urgence sont organisés pour les accueillir avec la célérité de prise en charge requise, en lien avec les disciplines d'organe. Ces filières ont toute leur place à l'hôpital, sont organisées et ne sont pas en cause dans les difficultés croissantes des services d'urgences.

En revanche, les problématiques organisationnelles prennent une dimension systémique lorsqu'il s'agit de patients nécessitant une hospitalisation, sur fond de polypathologies et d'aggravation de l'état général, souvent des personnes âgées, qui, pris en charge suffisamment tôt, auraient pu ne pas nécessiter une hospitalisation. Ce sont ces profils de patients, dont la part augmente très significativement ces dernières années, qui posent une réelle difficulté systémique : hospitalisation, aval de l'hospitalisation, *etc*.

L'analyse de l'ensemble des auditions menées par la mission converge unanimement vers ce constat: la problématique principale à laquelle les urgences sont confrontées est l'impact du vieillissement de la population et l'augmentation des polypathologies, avec l'enjeu systémique d'organiser une prise en charge sanitaire réactive (éviter qu'un épisode de décompensation ne se poursuive trop longtemps et nécessite une hospitalisation) et graduée (à domicile, dans les structures de prise en charge de la perte d'autonomie, les EHPAD, à l'hôpital, *etc.*).

Or, il s'agit du principal phénomène de santé publique mis en évidence dans le rapport de la DREES sur « l'état de santé de la population en France » de septembre 2022 :

« *Le fait le plus marquant de l'évolution de l'état de santé de la population au cours de la période récente tient au vieillissement de la population qui, en France comme dans les autres pays développés, s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polypathologies, dont la prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du 21e siècle. L'augmentation rapide de la part de la population âgée va exercer une pression croissante sur l'offre de soins (nécessité de la*

réorganiser en particulier pour accroître la coordination entre les différents intervenants dans une logique de parcours proche du lieu de vie, nécessité d'investir dans la prévention primaire »

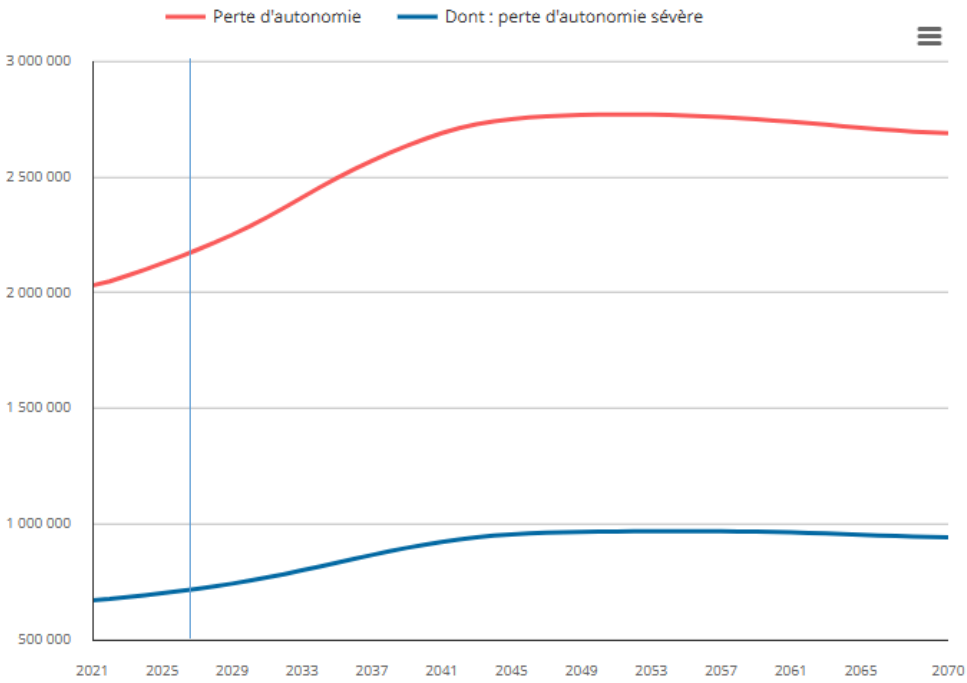
C'est pourquoi l'enjeu essentiel de l'aval et des alternatives aux urgences, objet de la mission, est d'organiser une réponse sanitaire et médico-sociale réactive et graduée à l'enjeu de vieillissement de la population et des polypathologies.

1.2 Impact en cours du vieillissement de la population

La population française vieillit à l'instar de celles des pays développés. La population de plus de 60 ans augmentera de 18 millions en 2021 à 23 millions en 2050, parmi eux les 74-85 ans augmenteront de 50% entre 2020 et 2030 passant ainsi de 4,1 à 6,1 millions.

En 2021, 2 millions de personnes âgées sont en perte d'autonomie dont 670 000 sévère ; parmi les plus de 85 ans 42% sont en perte d'autonomie dont 18,2% sévère ; 30% de ces séniors en perte d'autonomie sont hébergés en EHPAD (600 000 dont 382 000 sévère).

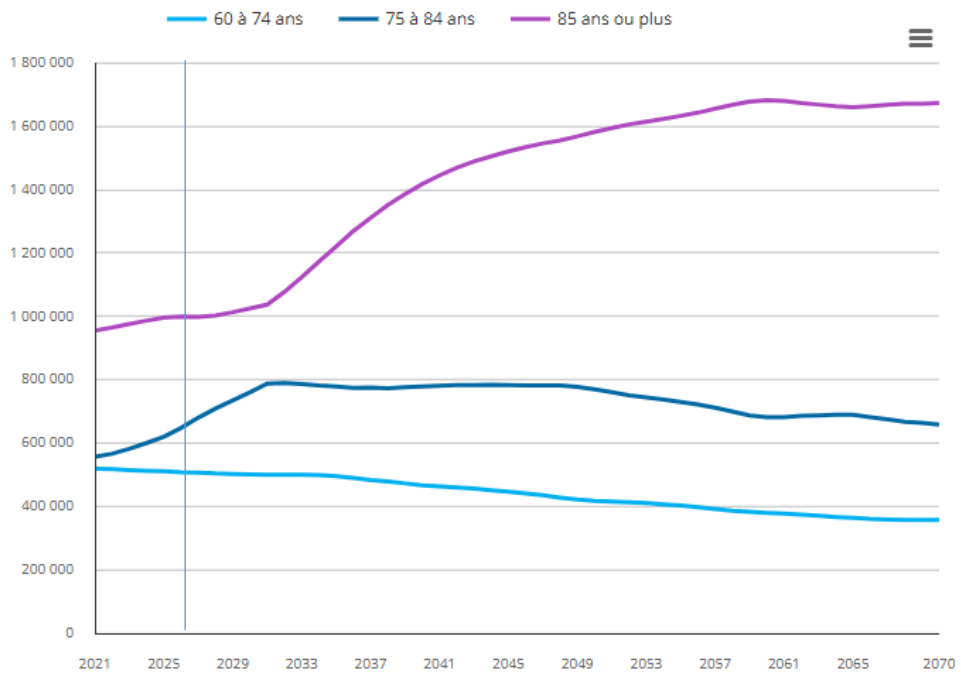
Figure 1 – Seniors en perte d'autonomie et en perte d'autonomie sévère entre 2021 et 2070 dans une trajectoire médiane



.ecture : En 2070, 2,69 millions de seniors seraient en perte d'autonomie, dont 0,94 en perte d'autonomie sévère.
:hamp : France, personnes âgées de 60 ans ou plus.
;ources : Insee, projections Omphale 2022 ; Drees, enquêtes EHPA 2019, BADIANE 2019 et 2021, Autonomie-
Ménages 2022 et VQS 2021.

Source : Insee première n°2078 du 22/10/2025

Figure 2a – Seniors en perte d'autonomie globale par tranche d'âges



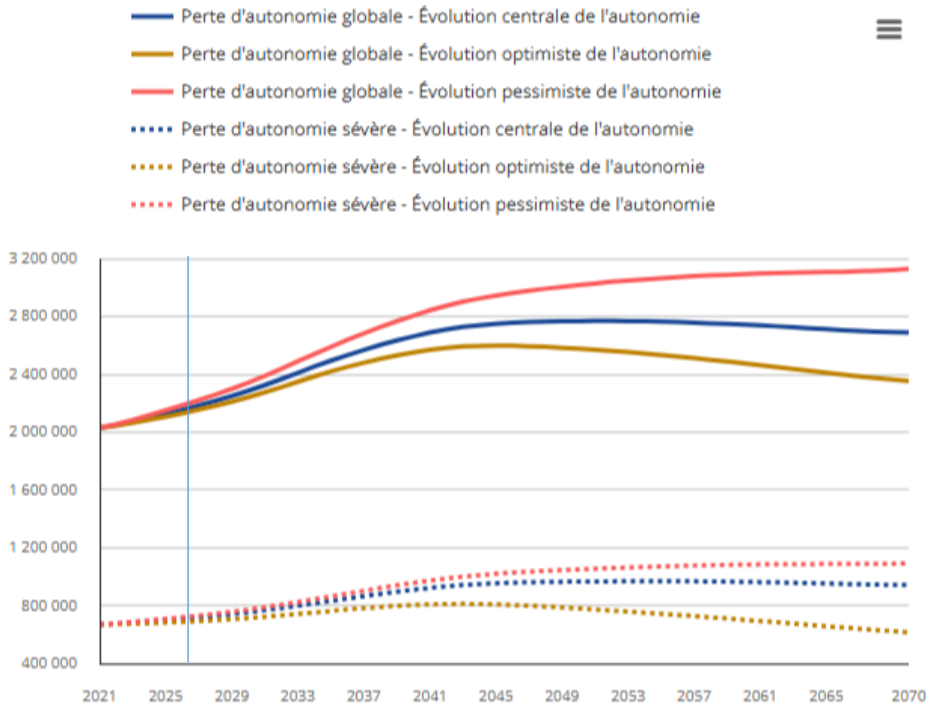
.ecture : En 2070, plus de 1,67 millions de seniors en perte d'autonomie auraient 85 ans ou plus.
:hamp : France, personnes âgées de 60 ans ou plus.
;ources : Insee, projections Omphale 2022 ; Drees, enquêtes EHPA 2019, BADIANE 2019 et 2021, Autonomie-
Ménages 2022 et VQS 2021.

Source : Insee première n°2078 du 22/10/2025

Ces courbes montrent :

- l'ampleur du phénomène ;
- que ce phénomène a d'ores et déjà débuté et n'est pas un enjeu à venir, mais un enjeu actuel ;
- enfin, que c'est un enjeu durable.

Figure – Projection à 2070 du nombre de seniors en perte d'autonomie globale ou sévère selon différents scénarios



Lecture : Si l'espérance de vie sans perte d'autonomie à 60 ans progresse autant que l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie sera de 2,69 millions en 2070. Si l'espérance de vie sans perte d'autonomie à 60 ans progresse plus vite que l'espérance de vie, il sera de 2,36 millions en 2070.

Source : Insee première n°2078 du 22/10/2025

Cette dernière courbe montre que même dans un scénario optimiste, dont les conditions de réalisation restent à réunir, le phénomène est d'ampleur et durable, et qu'à l'inverse, faute de mobilisation sur des leviers efficaces, le scénario pessimiste montre un impact durablement croissant.

1.3 Une offre de prise en charge de la perte d'autonomie largement insuffisante

Cette étude estime qu'il faudrait d'ici 2050, 365 000 places en EHPAD de plus que les 640 000 existantes, toutes choses égales par ailleurs, or le nombre de places a diminué entre 2019 et 2023. En l'absence d'évolution sensible, les EHPAD n'accueilleront plus que les patients les plus lourds. Ceci est déjà d'actualité et nécessitera une profonde évolution des capacités d'accueil de ces institutions tant en personnel médical que paramédical. Les aînés les moins dépendants devront rester à domicile ou aller en résidence autonomie. Il faudrait créer plus de 800 000 emplois salariés d'aide à domicile d'ici 2050 pour le permettre.

Ces chiffres sont vertigineux et soulignent le défi colossal auquel nous devons faire face.

Cela impactera massivement les parcours de prise en charge de ces personnes âgées, donc l'ensemble des acteurs du système de santé ; l'enjeu est systémique.

Une prise de conscience majeure s'impose.

C'est pour cela que tous les acteurs de l'écosystème doivent absolument se retrouver autour d'un projet territorial pour la personne âgée, dès maintenant.

1.4 Phénomène concomitant : l'explosion des maladies chroniques et des patients polypathologiques

Ce vieillissement de la population s'accompagne de surcroît d'une augmentation des polypathologies, alourdissant la réponse sanitaire à apporter à l'enjeu systémique décrit *supra*.

En France, 3% de la population des 45-54 ans accumule trois pathologies ou plus. Cette proportion augmente avec l'âge : 8% pour les 65-74 ans et 21% pour les plus de 75 ans (17% chez les femmes, 26% chez les hommes). Ces pathologies décompensent plus gravement avec l'âge ; à titre d'exemple le risque de décompensation sévère de pathologie cardiovasculaire (AVC, IdM, poussée d'insuffisance cardiaque aigue…) est de 1,3% chez les 65-74 ans et de 4,1% chez les plus de 75 ans. Ceci impacte le taux de recours à l'hospitalisation en MCO : 20% de la population a eu recours à une hospitalisation tous âges confondus ; l'incidence est de 9% pour les 2-16 ans et de 39% pour les plus de 84 ans. La différence est encore bien supérieure en SMR : 1% pour les 2-16 ans contre 4% pour les 75-84 ans et 8% pour les plus de 85 ans.

Tableau 1 • Taux de recours aux établissements de santé en 2022

	Tranche d'âge						
	0-1	2-16	17-59	60-74	75-84	85 et+	Ensemble
Médecine, chirurgie obstétrique (MCO)	45%	9%	17%	28%	37%	39%	20%
Actes et consultations externes	43%	26%	29%	37%	44%	41%	32%
Psychiatrie	0,0%	0,3%	0,7%	0,5%	0,4%	0,2%	0,6%
Soins médicaux et de réadaptation (SMR) (ex SSR)	0,1%	0,2%	0,6%	2%	4%	8%	1,3%
Hospitalisation à domicile (HAD)	0,4%	0,0%	0,1%	0,3%	0,6%	1,5%	0,2%
Toutes hospitalisations	**66%**	**30%**	**37%**	**48%**	**57%**	**59%**	**40%**

Source : Cnam, SNDS-DCIR et PMSI.

1.5 Problématiques des parcours de prise en charge des personnes âgées

Il y a donc un enjeu majeur à structurer, formaliser, articuler les parcours des personnes âgées, voire très âgées vivant à domicile ou en EHPAD et bénéficiant des structures sanitaires à un moment ou à un autre de leur vie.

D'ores et déjà et sans même se projeter vers les augmentations exposées *supra*, l'ensemble des personnes auditionnées relèvent les problématiques de :

- rupture de parcours ;
- manque de coordination médico-soignante ;
- défaut de réactivité de l'offre sanitaire en réponse aux décompensations physiopathologiques, notamment lorsque les personnes âgées sont à domicile ou en EHPAD ;
- détection tardive de la perte d'autonomie et de la dépendance ;
- carence d'offre adaptée aux différentes étapes de la perte d'autonomie et de la dépendance ;
- difficulté à organiser des prises en charge à domicile dans un contexte de plus en plus fréquent d'isolement ;

Les arrivées aux urgences et/ou en établissement de santé sont souvent consécutives à ces problématiques de parcours des personnes âgées, alors même que les urgences et les établissements de santé ne sont pas le lieu le plus approprié pour répondre aux besoins en santé des personnes âgées accueillies. On constate même une dégradation de l'autonomie des personnes

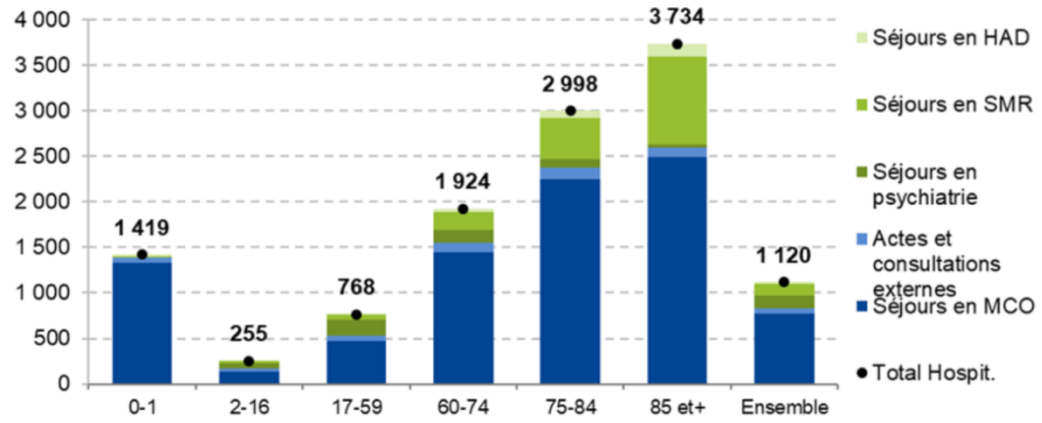
âgées dès lors qu'elles sont hospitalisées. L'enjeu d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées est donc majeur.

1.6 Une évolution de l'offre de médecine générale et de spécialité défavorable

La médecine libérale a évidemment une place prépondérante dans ces prises en charge, mais elle se trouve elle-même confrontée aux difficultés démographiques majeures, alors même que le besoin de santé publique est croissant, avec de nombreux cabinets qui ferment faute de repreneurs, des zones rurales voire urbaines qui ne sont plus couvertes par la médecine libérale, à la diminution du nombre de médecins généralistes, aux difficultés croissantes des services de maintien à domicile (SSIAD, paramédicaux libéraux, auxiliaires de vie…), aux difficultés d'accès aux spécialistes de second recours, à sa difficulté d'assumer la prise en charge des patients en EHPAD. Les évolutions sociétales ont amené dans les années 2010-2020 à ce que de moins en moins de jeunes confrères choisissent l'installation (même si une inflexion semble se profiler). Parallèlement, le temps médical disponible diminue pour des raisons d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Ceci laisse une part non négligeable de la population sans médecin traitant.

1.7 Impact sur les dépenses d'assurance maladie

Graphique 3 • Dépense moyenne remboursée en établissements de santé en 2022



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

En 2022, la dépense moyenne en hospitalisation d'un patient de plus de 85 ans est 5 fois plus élevée que pour un adulte de moins de 60 ans.

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences avoisine les 50% pour les 75 ans et plus alors qu'elle en moyenne de moins de 20% pour les populations adultes.

Enfin la sévérité et la dépendance de ces patients est de plus en plus lourde. *(Reynaud Q, et al. Rev Med Interne. 2025 ; 46(8) :443-8)*

En 2016, les 18% de patients en ALD représentaient 43% des hospitalisations. Enfin ces maladies chroniques surviennent davantage dans les populations aux revenus modestes et précaires.

Ces données orientent fortement les besoins de santé publique et donc les organisations nécessaires pour y répondre.

2. Propositions

Compte tenu des besoins de santé publique, tels qu'ils résultent des éléments exposés *supra*, l'enjeu premier devant tous est de construire une réponse sanitaire effective, réactive, coordonnée et à la hauteur requise.

A l'issue de l'ensemble des travaux et auditions de la mission, deux pistes sont prioritaires :

- Instaurer un projet territorial pour les personnes âgées, coordonnant l'action de l'ensemble des acteurs locaux ;
- Développer les appuis principaux pour développer les appuis à l'expertise gériatrique

2.1 Instaurer un projet territorial pour la personne âgée

Il existe déjà de nombreuses initiatives construites par les services de gériatrie, de médecine interne ou polyvalente voire de spécialités dont le but est de proposer une réponse rapide aux sollicitations de la ville. Mais cette réponse doit être territoriale, n'est pas qu'hospitalière et ne peut pas être qu'hospitalière. C'est dans ce cadre qu'il apparaît indispensable de bâtir un projet territorial pour la personne âgée impliquant l'ensemble des acteurs.

En s'appuyant sur des exemples existants, la mission propose d'instaurer un projet territorial pour les personnes âgées sur la base des étapes, décrites ci-dessous.

2.1.1 Faire se rencontrer les acteurs des prises en charge des personnes âgées

La première étape est d'abord de faire se rencontrer l'ensemble des acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées, à l'échelle d'un bassin de vie : professionnels de santé de ville, hôpital, EHPAD, SMR, SSIAD, SAD, *etc*. La connaissance mutuelle est le socle de la bonne coordination.

2.1.2 Organiser un repérage précoce systématique de la fragilité, basé sur des outils communs d'évaluation gérontologique standardisé

La structuration des parcours des personnes âgées suppose d'identifier précocement les situations de fragilité afin d'anticiper la perte d'autonomie, d'indépendance et les décompensations qui conduisent fréquemment à des hospitalisations non programmées.

Cela repose sur le partage par l'ensemble des acteurs d'un territoire des mêmes outils d'évaluation gérontologique standardisée, afin que l'ensemble des acteurs parlent le même langage sur les différents aspects de la prise en charge des personnes âgées, notamment :

- Perte d'autonomie ;
- Nutrition ;
- Escarre ;
- Chutes ;
- Douleurs ;
- Dépression ;
- Confusion mentale ;
- Troubles du comportement ;
- Démence ;

- *etc.*

Cela repose en partie sur le déploiement territorial du programme ICOPE, dont l'objectif est d'identifier précocement les déclins de capacités intrinsèques et d'engager rapidement des interventions de prévention ou de soin adaptées. A ce titre, la région Pays-de-la-Loire a validé un parcours intégrant la prise en charge des fragilités dans le but de jouer sur leurs réversibilités. Ce parcours intègre pour les polyfragiles une expertise gériatrique hospitalière. Ce travail, porté par l'ARS, rassemble les GHT 44 et 49, les professionnels de santé libéraux, et le Gérontopôle des Pays-de-la-Loire.

Cette identification ne peut se limiter à la ville. Tout passage hospitalier d'une personne âgée doit se solder par la recherche de critères de fragilités qui doivent enclencher un recours à l'expertise gériatrique et la mise en place de mesures adaptées. Plusieurs établissements de santé intègrent déjà ce type de démarche : à Poitiers elle débute même aux urgences ; aux HCL, une cellule urgences personnes âgées permet 60% de retours à domicile, une cellule ambulatoire de diagnostic rapide en médecine interne favorise la fluidité des parcours et évite le passage aux urgences, une grille d'identification de vulnérabilité est effectuée et tracée dans le dossier patient informatisé.

2.1.3 Structurer une expertise gériatrique territoriale avec un accès garanti

La prise en charge des situations de fragilité repose sur la capacité pour les professionnels d'un même territoire de mobiliser rapidement une expertise gériatrique. L'accès rapide à une expertise gériatrique est la condition *sine qua non* de mobilisation de l'ensemble des acteurs dans la prise en charge des personnes âgées polypathologiques ; c'est une condition de confiance pour accepter de s'engager sur des prises en charge parfois complexes.

L'accès à cette expertise gériatrique peut s'organiser à travers plusieurs dispositifs complémentaires :

- les lignes d'astreinte téléphoniques gériatriques et la téléexpertise, permettant d'accéder à un avis diagnostic, thérapeutique ou une aide à l'orientation urgente. Cela permet l'organisation sous 48h des hospitalisations en entrée directe dans les services de gériatrie, afin d'éviter des passages au SAU lorsque la situation ne le requiert pas ;
- les équipes mobiles de gériatrie intervenant au domicile et en EHPAD. Elles constituent un levier structurant permettant d'apporter une évaluation experte et spécialisée dans les lieux de vie des personnes âgées et de soutenir les équipes de terrain dans une logique d'aller vers. Leur développement doit être systématiquement soutenu par les ARS ;
- les équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalières intervenant dans les urgences, les UHCD et les services hospitaliers ;
- la formation des médecins urgentistes à la gériatrie (intergroupe SFMU/SFGG) ;
- les temps de coordination des parcours gériatriques, mettant en relation la ville et l'hôpital de type "RCP" auxquelles chaque professionnel peut présenter un patient, sont essentiels à la construction de ces parcours (expérience de la RCPG, Réunion de Coordination des Parcours Gériatriques hebdomadaire d'Angers).

Les ARS doivent être en soutien de cette expertise gériatrique, qui est la pierre angulaire de la responsabilité populationnelle des personnes âgées.

2.1.4 Etablir, partager et former aux protocoles de prise en charge des différents aspects de la prise en charge gérontologique

Dès lors que les outils d'évaluation gérontologique sont établis et partagés entre les acteurs locaux, l'objectif est de convenir des protocoles de prise en charge correspondant à chacune des situations auxquelles peuvent être confrontées les acteurs, afin qu'ils disposent d'un *vademecum* auquel les équipes des différentes structures sont formées. Cette formation peut passer par des réunions cliniques communes telles qu'elles sont pratiquées dans le cadre de la responsabilité populationnelle, ou dans le cas de formations continues, vues dans d'autres territoires. Les professionnels, dans les EHPAD, SMR ou en médecine de ville, ne sont pas en effet pas nécessairement formés à la prise en charge des situations suivantes :

- Douleur ;
- Nutrition ;
- Risque de fracture ;
- Escarre ;
- Alzheimer et maladies apparentées ;
- Infectiologie ;
- Alcoologie ;
- Traumatismes crâniens ;
- Thérapeutiques ;
- Risque d'iatrogénie ;
- *etc*.

Le partage de ces protocoles, ainsi que la garantie d'un accès rapide à l'évaluation gériatrique, sont des éléments essentiels pour chaque acteur, y compris les acteurs privés, acceptent de prendre en charge des personnes âgées en situation de fragilité.

2.1.5 Identifier et soutenir les aidants

L'aidant est le pilier du maintien au domicile des personnes âgés. C'est en effet sur la dyade Aidant – Aidé que repose la stabilité du maintien à domicile de l'aidé. Le soutien, la surveillance et l'appui à l'aidant dans le quotidien est donc essentiel à l'organisation du parcours des personnes âgées sur les territoires.

Au CHU d'Angers, de Tours, les DAC 37 et 49 expérimentent le projet ADELE article 51 qui propose une réponse organisationnelle et numérique innovante, initiée dès l'hôpital et centré sur la dyade aidant/aidé avec pour objectif de prévenir l'épuisement de l'aidant. Elle s'appuie sur une solution numérique et l'action d'une IDEC (infirmière de coordination) qui accompagne l'aidant, anticipe les ruptures de parcours, créé le lien entre l'hôpital et la ville, le médico-social, élabore un plan de prévention personnalisé, oriente les aidants, améliore la qualité du parcours….

Recommandation forte n°1 :

Obligation de décliner dans chaque territoire, et avec tous les acteurs un projet territorial pour la personne âgée comprenant :

- Une connaissance mutuelle des acteurs locaux ;
- Un consensus sur les outils d'évaluation utilisés, permettant une prévention et une détection des fragilités en ville et en établissement de santé ;
- Une organisation du recours à l'expertise gériatrique, garanti *via* un accès rapide ;
- Un partage des protocoles de prises en charge des différentes situations de la prise en charge gérontologique ;

- Le soutien aux aidants.

En confier le fonctionnement opérationnel à la CPTS et le déploiement des projets territoriaux pour la personne âgée à l'échelle départemental au trio CPTS/DAC/établissement support de GHT

L'axe 2 développe le périmètre géographique et l'animation locale de ce projet territorial des personnes âgées.

2.2 Renforcer les EHPAD dans leur expertise gériatrique, notamment par les IPA gériatrie

Les EHPAD sont, avec les hôpitaux, les acteurs les plus susceptibles de consolider une expertise gériatrique. Néanmoins, cela se heurte à la grande difficulté des EHPAD à stabiliser les compétences nécessaires à cette expertise : médecins coordonnateurs, personnels soignants. En effet, les EHPAD constituent un point de fragilité alors qu'ils pourraient être un point d'appui de confiance. La lourdeur de plus en plus importante des résidents dès l'entrée en institution, les difficultés de recrutement des médecins coordonnateurs, des personnels paramédicaux, les difficultés pour que les médecins traitants se déplacent pour voir leur patient-résident avec suffisamment de réactivité l'expliquent entre autres amplement. S'y ajoutent les difficultés budgétaires majeures qu'ils affrontent (plus de 80% des EHPAD publics sont en déficit). Quelques mesures urgentes doivent être mises en œuvre :

La mission préconise donc des mesures pour stabiliser et mieux asseoir ces compétences.

2.2.1 Soutenir les médecins coordonnateurs en renforçant leurs prérogatives vis-à-vis de la prise en charge des résidents et en favorisant les communautés de pratique

Les médecins coordonnateurs connaissent leurs résidents et sont présents dans les EHPAD, mais leur exercice doit s'articuler avec les médecins traitants éventuels des résidents et doit pouvoir s'appuyer sur l'équipe soignante de l'EHPAD.

Malheureusement, l'absence de plus en plus fréquente de médecins coordonnateurs dans les EHPAD entraîne des manques de réponses aux questions des soignants et accompagnants.

Il est donc proposé de consolider leur exercice et de renforcer l'attractivité de ces postes :

- permettre aux médecins coordonnateurs de prescrire pour les résidents des EHPAD qu'ils coordonnent ;
- favoriser l'emploi de médecins coordonnateurs salariés dans les structures les plus importantes ;
- créer une FST de gériatrie (rappelons que les ⅖ des gériatres exerçants ne sont pas titulaires du DES et qu'il y a un espace pour un exercice en EHPAD et/ou en hôpital de proximité).

Proposition 1 :

Soutenir les médecins coordonnateurs en renforçant leurs prérogatives vis-à-vis de la prise en charge des résidents et en favorisant les communautés de pratique

2.2.2 Créer la mention d'IPA en gériatrie et les déployer pour constituer un maillage territorial

Objectif : poursuivre le maillage et la continuité de l'accompagnement des parcours patients en gériatrie, soit en créant une mention gériatrie pour les Infirmières de pratiques avancées (IPA).

Aux termes de l'article R.4301-2 du code de la santé publique, il n'existe pas encore aujourd'hui de mention gériatrie, même si les IPA interviennent déjà auprès des personnes âgées *via* l'option pathologies chroniques stabilisées.

Le vieillissement démographique et le manque de gériatres, particulièrement en libéral, invitent à anticiper le besoin de soignants spécialisés dans la complexité gériatrique. Associé à l'enjeu du maintien à domicile et de la fluidité dans la coordination des parcours cela suggère sérieusement d'ouvrir une option gériatrique dans l'enseignement des IPA.

Le sujet âgé présente souvent des polypathologies complexes (insuffisance cardiaque, diabète, troubles cognitifs) avec des spécificités cliniques qui demandent une véritable connaissance (atypies sémiologiques, risques d'iatrogénie médicamenteuse, fragilités, dépendance,…). Les études universitaires qui valident ce socle de compétences physiopathologiques complémentaires aux IPA est la 2ième année de Master. Elle permet, mais seulement autour d'une option, d'engranger du savoir pour pourvoir coordonner, accompagner des parcours gériatriques simples ou complexes. L'avènement d'une mention spécifique rendra cet apprentissage obligatoire qui, associé aux stages structurés auprès d'équipes médicales spécialisées, permettront aux IPA à orientation gériatrique d'acquérir du savoir-faire spécifique à la personne âgée.

Le développement d'IPA permettrait d'asseoir solidement la composante soins : anticiper, réguler, ajuster, coordonner, faire le lien avec les médecins traitants en temps réel et éviter des transferts aux urgences par manque de continuité… La mise en place d'un plan « une IPA gériatrie par EHPAD » pourrait constituer une réponse adaptée à ces difficultés.

Recommandation forte n°2 :

Créer la mention gériatrie pour les IPA (décret en Conseil d'Etat) et les déployer dans les EHPAD et les établissements de santé pour constituer un maillage territorial

2.2.3 Stabiliser et renforcer les équipes soignantes des EHPAD

Au-delà du développement d'IPA gériatrie, la stabilité, *a minima*, voire le renfort des équipes soignantes au sein des EHPAD est également un axe à soutenir pour conforter les compétences gériatriques en EHPAD. Le *turn over* est un obstacle à la bonne appropriation des différentes protocoles gérontologiques.

Certains EHPAD oeuvrent à renforcer la capacité d'intervention de l'équipe soignante. Ainsi, dans le GHT Centre-Alsace, le Centre départemental de repos et de soins (CDRS) de Colmar a mis en place une astreinte d'IDE la nuit (projet Astrid), avec un bilan très positif en termes d'attractivité et de qualité des prises en charge. Cette expérience mérite d'être généralisée.

2.2.4 Impacts attendus

- En EHPAD par :
  - L'amélioration du suivi clinique régulier ;

    - La réduction des hospitalisations évitables, par anticipation des décompensations ;
    - La sécurisation des prescriptions (iatrogénie) ;
- Sur le territoire par :
    - Le renforcement des soins primaires ;
    - La réduction des inégalités d'accès (zones sous-dotées) ;
    - L'appui aux médecins traitants débordés ;
- Sur la continuité des parcours par :
    - La coordination ville–hôpital–médico-social ;
    - Le suivi post-hospitalisation ;
    - La réévaluation régulière des traitements ;
- Sur la prévention des passages aux urgences, grâce à la détection précoce des décompensations, l'ajustement des traitements, l'intervention à domicile ou en EHPAD, évitant ainsi des hospitalisations ;
- Sur la soutenabilité financière du système, en réduisant les coûts liés aux hospitalisations évitables.

Axe 2 : Pour une gouvernance territoriale et effective des parcours patients

1. État des lieux et des besoins

1.1 Des parcours insuffisamment structurés

La tension que connaissent les services d'urgences hospitaliers ne relève plus d'un phénomène ponctuel ni d'une conjoncture défavorable. Elle s'est installée dans la durée. Elle traduit moins un défaut d'engagement des professionnels qu'un déséquilibre structurel de l'organisation territoriale des soins.

Les urgences sont devenues, au fil des années, le lieu de convergence de multiples fragilités : fragilités sociales, fragilités médicales, fragilités organisationnelles. Elles accueillent à la fois l'accident, l'imprévu, la détresse vitale — mais aussi la décompensation évitable, la rupture de suivi, l'absence de solution disponible dans un délai court.

L'augmentation continue des passages, la difficulté croissante à organiser les sorties, la part importante de patients âgés polypathologiques admis pour des situations relevant davantage d'un défaut d'anticipation que d'une urgence vitale, nous obligent à repenser l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

La réponse ne peut être exclusivement hospitalière. Elle ne peut pas davantage reposer sur des ajustements marginaux. Elle suppose une organisation territoriale plus explicite, plus intégrée et plus responsable.

Les dynamiques observées sur le terrain montrent que cette évolution incontournable est désormais possible.

C'est aussi ce constat qui a mené à la recommandation d'un projet territorial pour la personne âgée.

1.2 Des outils existent, il faut désormais les articuler et les responsabiliser

En dépit des constats, le panorama français des acteurs de santé intervenant dans la coordination des parcours, en particulier ceux des personnes âgées polypathologiques, est riche et nécessite sans doute une clarification des rôles respectifs :

- **Les Filières de Soins Gériatriques labellisées**
  Depuis la circulaire DHOS/02 n° 2007-117du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique, de nombreuses ARS ont identifié, labellisé et financé des filières de soins gériatriques dont les missions comprennent les hospitalisations non programmées et programmées, les bilans gériatriques mais aussi l'organisation de l'accès à l'expertise gériatrique, la prise en compte des maladies neurodégénératives, de la psychogériatrie, *etc*. Elles sont portées par une structure de soins, le plus souvent un établissement support de GHT, qui comprend au moins une SU, une unité de gériatrie aiguë, une HDJ, des consultations et une équipe mobile de gériatrie. Cette organisation, avant tout hospitalière, s'ouvre aux partenaires du territoire, mais n'a pas permis une simplification des multiples strates impliquées dans la prise en charge des personnes âgées.
  Force est de constater que la seule circulaire de 2007 n'a pas permis de structurer une réponse efficace et à hauteur de l'enjeu de santé publique. Au demeurant, il manque un

grand nombre d'acteurs concernés, à commencer par les EHPAD, la HAD, le DAC, les CPTS, *etc*.

- **Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)**
  Les DAC ont été créés afin de simplifier le paysage des dispositifs territoriaux de coordination et d'apporter un appui aux patients, à leurs proches ou aux professionnels confrontés à des situations complexes. Ils ont notamment vocation à regrouper plusieurs dispositifs antérieurs tels que les réseaux de santé, les MAIA et les plateformes territoriales d'appui…
  Les DAC ont pour mission de mobiliser les ressources territoriales adaptées et d'assurer la coordination opérationnelle des interventions des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients. Les équipes des DAC sont généralement pluri-professionnelles (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux…), ce qui permet d'aborder les situations complexes dans leur globalité.
  Plusieurs pays ont développé des modèles de coordination territoriale reposant sur des structures similaires aux DAC. Au Québec, les centres intégrés de santé et de services sociaux coordonnent les parcours complexes à l'échelle territoriale. Au Royaume-Uni, les *Integrated Care Systems* assurent la coordination entre les acteurs du système de santé. Aux Pays-Bas, les réseaux de soins intégrés permettent d'organiser la prise en charge des patients chroniques.
  Les DAC contribuent à la réduction des passages inappropriés aux urgences et des hospitalisations évitables en cherchant en priorité à mobiliser des solutions alternatives à un passage par une structure d'urgence ou à une hospitalisation, dès lors que la situation clinique et sociale du patient le permet. Pour cela, les DAC travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de santé de ville (Médecins, infirmiers…), qui sont systématiquement concertés et peuvent mandater le DAC pour la mise en œuvre de ces solutions. *A contrario*, le DAC peut proposer au médecin traitant certaines solutions pour lesquelles il n'aurait pas connaissance de la ressource ou des modalités d'activation. Il lui vient ainsi en appui. Pour ce faire, les DAC sont associés aux travaux des CPTS sur l'accès aux soins et la structuration des parcours de santé. Ils apportent leurs connaissances fines des ressources du territoire, mais garantissent aussi une harmonisation départementale (en lien avec l'inter CPTS).
  Au sein des établissements de santé, les professionnels de santé peuvent repérer une situation de fragilité ou complexe pouvant nécessiter un relai du DAC en sortie d'hospitalisation. Certaines expériences associent directement le DAC à la SU et aux cellules de gestion des parcours au sein même des ES ; cela représente un levier d'action et d'efficacité de la coordination qui doit être généralisé.
  Enfin, les relations entre les DAC et les plateformes SAMU-SAS restent aujourd'hui très variables selon les territoires. Dans certains territoires, les DAC font partie intégrante des SAMU-SAS et sont mobilisées pour toute situation relevant de son champ de compétences (patients chuteurs, patients remarquables, patients complexes, problème de maintien au domicile…). D'autres plateformes orientent vers les DAC certaines situations caractérisées par une complexité médico-sociale. D'autres enfin n'ont tissé aucun lien avec les DAC.

- **Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**
  Les CPTS ont progressivement couvert l'ensemble du territoire national. Conçues comme des espaces volontaires de coordination des parcours, elles ont permis de structurer des réponses collectives à l'accès aux soins, aux soins non programmés et à certains parcours spécifiques. Aujourd'hui, près de 69 % des CPTS participent activement au Service d'Accès

aux Soins (SAS). L'évolution des adhérents en est un marqueur : en 5 ans d'exercice, les CPTS passent de 35 à 65% d'adhésion, en moyenne, toutes professions libérales confondues. Mais au-delà des adhérents, c'est l'usage des services qu'elles proposent qu'il faut considérer comme leur vraie plus-value. Toutefois le taux d'adhésion des médecins libéraux reste encore trop faible et très hétérogène d'une CPTS à l'autre. Ainsi, de manière globale, à peine un quart des généralistes y adhèrent ce taux étant plus faible pour les spécialistes de second recours *(rapport d'information du Sénat n° 32 (2025-2026) déposé le 15/10/2025).*

- **Les centres de ressources territoriaux (CRT)**
  Les CRT renforcent l'accompagnement à domicile pour retarder l'entrée en EHPAD. Ces dispositifs locaux pour mieux coordonner l'aide autour des personnes âgées, contribuent directement, de manière concrète, efficace et individualisée au maintien à domicile des personnes âgées dans des conditions optimales. A ce titre, ils jouent aussi un rôle de coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée.
  Dans leur mission d'accompagner la perte d'autonomie à domicile, les CRT ont aussi pour 2ème mission de favoriser l'accès aux soins et à la prévention en mutualisant sur chaque territoire les compétences et ressources gérontologiques disponibles aujourd'hui en établissement ou en service médico-social (EHPAD, SAD notamment) afin d'en faire bénéficier les professionnels, les personnes âgées du territoire et leurs aidants.

- S'ajoutent aux CPTS, DAC et CRT les dispositifs à orientation plus sociale que sont :
  - les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), destinés à une population de plus de 60 ans, initialement développés pour améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes d'Alzheimer ou de démence, ont désormais une mission plus large de prévention et d'accompagnement social et sanitaire des personnes âgées en mettant en place des plans d'aide pour les personnes d'un faible niveau de dépendance ;
  - les centres communaux d'action sociale (CCAS), qui ne sont pas spécifique aux personnes de plus de 60 ans, et qui ont large champ d'action, notamment pour les personnes âgées.

- **Le SAMU-SAS**
  Le SAMU-SAS est un dispositif organisationnel destiné à améliorer l'accès aux soins urgents ou non programmés dont l'objectif est de proposer aux patients la réponse médicale la plus adaptée à leur situation. Il repose sur un principe de régulation médicale graduée associant de nombreux professionnels : assistants de régulation médicale (ARM), opérateurs de soins non programmés (OSNP), médecins urgentistes (MRU), médecins généralistes (MRL) et parfois des chirurgiens-dentistes, sage-femmes, infirmiers en psychiatrie et psychologues, DAC, assistantes sociales, *etc*.
  L'objectif principal du SAMU-SAS est triple : répondre sans délai à l'aide médicale urgente, améliorer l'accès aux soins pour les patients rencontrant des difficultés d'accès à la médecine de ville, et *in fine*, permettre l'orientation du patient vers la bonne filière et le juste soin pour réduire les passages inappropriés aux urgences en orientant les patients vers les solutions les plus pertinentes disponibles sur le territoire.
  Le bon fonctionnement du SAMU-SAS repose sur plusieurs conditions organisationnelles. Il doit être suffisamment calibré pour répondre aux nombreuses demandes, ce qui n'est pas toujours le cas. Il nécessite une bonne connaissance des ressources disponibles sur le

territoire et une capacité à mobiliser rapidement ces ressources à l'issue de la régulation médicale.
Un travail préalable est donc indispensable pour évaluer précisément les besoins de soins d'un territoire donné. De ce diagnostic va dépendre la conduite du projet par les différents acteurs, et définir le cap sur les différents comités de pilotage (COPIL).
La réussite du dispositif dépend également de la disponibilité d'une offre de soins suffisante en médecine de ville et de la capacité à organiser une coopération efficace entre les différents acteurs. La mise à disposition de créneaux de consultations non programmées en médecine de ville constitue un élément clé du dispositif. La régulation médicale effectuée dans les SAMU-SAS joue un rôle central pour justifier de la bonne indication de ces créneaux. Dans plusieurs territoires ils sont proposés par les médecins libéraux via des plateformes numériques permettant de visualiser les disponibilités mobilisables à l'issue de la régulation médicale, avec en premier l'outil national développé à cet effet (La plateforme numérique du SAS). L'articulation du SAS avec les CPTS, les Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des soins (ADOPS) et les MMG est également essentielle.

- **Les cellules de parcours complexes en établissement de santé**
  Dans une enquête récente faite en Bretagne sous l'égide de l'ARS et de la Conférence régionale de PCME/G de CH, il est constaté qu'environ 20% des lits en médecine sont occupés par des patients qui ne présentent plus de problème aigu et donc ne devraient plus être hospitalisés dans ces unités. Au-delà des *bed blockers* qui constituent un problème en soi (séjours extrêmement longs liés à des problématiques médicosociales insolubles) l'impact de cette « stagnation du flux » est majeur. Les causes déjà évoquées sont l'attente d'une place en EHPAD, d'une solution d'hébergement, d'une décision judiciaire, d'une mise sous protection juridique ou de l'organisation de soins à domicile, générant d'ailleurs et de la même manière l'engorgement des SMR. Plusieurs établissements ont mis en place des cellules ou des commissions dédiées aux parcours complexes afin d'identifier plus rapidement les situations de blocage et de mobiliser les partenaires du territoire.

- **Les Centres de Soins Non Programmés (CSNP)**
  Parallèlement, des CSNP se sont développés pour répondre à un besoin croissant d'accès rapide à une consultation médicale. L'absence de cadre national à cette activité a engendré des dérives qu'il faut corriger de même qu'ils doivent trouver leur juste place dans cette organisation coordonnée.

Ces dispositifs répondent tous à une même finalité : coordonner les parcours pour organiser une réponse sanitaire réactive et ainsi éviter que des situations de fragilité ou de rupture de parcours ne se traduisent par un recours systématique à l'hôpital et fluidifier et sécuriser les parcours de santé. Pourtant, la tension hospitalière demeure.

Ce paradoxe révèle que l'existence d'outils ne suffit pas. Encore faut-il que les rôles respectifs soient clairs, que ces outils soient opérationnellement articulés, qu'ils s'inscrivent dans une organisation territoriale cohérente et que chaque acteur joue pleinement son rôle.

Dans cette perspective, l'organisation territoriale pourrait reposer sur un cadre de coordination clairement identifié entre CPTS, DAC, SAMU-SAS, filières de soins gériatriques et Cellules de parcours complexes des ES :

- Les CPTS structurent la coordination des professionnels de santé de ville à l'échelle d'un territoire ; à ce titre elles ont vocation à s'associer aux filières de soins gériatriques complémentaires sur le versant institutionnel ;
- Le SAMU-SAS qualifie, priorise et oriente les demandes de soins urgents ou non programmés ;
- Les DAC apportent un appui spécialisé pour les situations complexes nécessitant une coordination sanitaire, sociale et médico-sociale en lien avec les acteurs du territoire (ES, libéraux, CRT…) ;
- Les cellules de parcours complexes hospitalières détectent précocement et mobilisent les partenaires du territoire (Filières, DAC, HAD, SMR…).

Chacun retrouverait dès lors la responsabilité de son cœur de mission :

- Les professions libérales en ville, pour les soins ambulatoires y compris la prévention, les soins non programmés, la coordination dans les équipes de soins primaires ou spécialisées (ESS) et les soins dans les EHPAD en coordination avec les médecins coordinateurs ;
- Les établissements de santé, y compris l'HAD, pour les soins lourds et complexes nécessitant un environnement particulier et dont la gradation définit l'offre sur un territoire ;
- Les acteurs de l'assistance à domicile pour le soutien au maintien à domicile des patients âgés et/ou dépendants.

La clarification et l'articulation de ce cadre constituent une condition essentielle pour renforcer la capacité du système de santé à prévenir les hospitalisations évitables et fluidifier les parcours de santé.

Chaque département présente une dynamique propre, avec des niveaux de maturité variables entre filières de soins gériatriques, CPTS, SAMU-SAS, cellules de parcours complexes des ES, DAC, et l'existence inégale d'inter-CPTS.

De tels exemples existent d'ores et déjà, comme la cellule ville-hôpital des acteurs de Nancy (CPTS du Grand Nancy, DAC 54, CHRU de Nancy, établissements médico-sociaux ; réunions bihebdomadaires), et montrent leur efficacité dans la gestion des patients complexes, pour éviter leurs hospitalisations (en amont des urgences) et pour faciliter la prise en charge en aval des hospitalisations. C'est cette cellule ville-hôpital qui met concrètement en œuvre le projet DAUM sur les *frequents users* des urgences du CHRU en développant des prises en charge individualisées et à domicile.

Cette cellule de coordination ne doit pas constituer une structure supplémentaire, mais une organisation partenariale formalisée associant *a minima* ces cinq acteurs, reposant sur un cahier des charges national et adaptée au degré de structuration locale.

1.3 La résultante : l'absence de responsabilité populationnelle territoriale

Notre système repose historiquement sur une grande liberté d'exercice. Cette liberté constitue un principe structurant qui fait actuellement consensus. Toutefois, elle s'accompagne d'une responsabilité principalement individuelle.

Or, les patients les plus vulnérables (personnes âgées dépendantes, malades chroniques complexes, patients en situation de handicap ou de précarité) ne relèvent pas seulement d'actes médicaux isolés, mais bien d'un parcours. Ce parcours nécessite anticipation, coordination, continuité et responsabilité partagée.

Aujourd'hui, aucun acteur n'est explicitement et seul responsable, à l'échelle d'un territoire, de la prévention des hospitalisations non programmées et de la sécurisation des parcours d'une population identifiée comme fragile.

Les déterminants du maintien à domicile, de la prévention des hospitalisations évitables ou de la continuité des parcours dépassent largement le seul champ sanitaire. Ils mobilisent également des acteurs sociaux, médico-sociaux, les établissements de santé, les services d'aide à domicile, les collectivités territoriales et l'entourage des patients.

La responsabilité territoriale doit être pensée comme une responsabilité collective, organisée et partagée entre l'ensemble des acteurs du territoire, ou chacun connait et assure son rôle.

Les CPTS unies aux filières de soins gériatriques, pour les personnes âgées, peuvent en constituer un levier structurant pour la coordination des professionnels de santé de ville, la coordination des parcours étant le cœur de leur mission confiée par la loi. Mais leur rôle ne peut être efficace que s'il s'inscrit dans une organisation territoriale reposant sur une coopération réelle entre les différents secteurs et si l'adhésion des professionnels progresse davantage. Elles disposent des compétences potentielles et entretiennent le plus souvent des relations constructives avec les établissements hospitaliers et l'ensemble des acteurs engagés dans cette responsabilité populationnelle mais leur mission reste formulée de manière imprécise et est parfois mal reconnues par les acteurs tiers. Il en résulte un système réactif plutôt que préventif.

2. Propositions

2.1 Réaffirmer et soutenir la responsabilité territoriale des CPTS dans la coordination des parcours des personnes âgées en situation de fragilité

La première évolution proposée consiste à faire évoluer les CPTS d'un cadre de coordination volontaire vers un cadre de responsabilité collective assumée. Elle vise à renforcer la dynamique collective portée par les CPTS en consolidant progressivement leur rôle dans l'organisation coordonnée des soins et la définition des parcours des publics vulnérables. Cette évolution s'inscrit dans une logique d'adhésion volontaire encouragée par l'exemplarité et l'efficience des dispositifs existants. Au-delà de cette participation, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des CPTS pourrait positionner la mission de parcours des personnes en situation de fragilité, souvent à risque d'hospitalisation non programmée, comme prioritaire au sein de leurs missions socles. Elle devra se faire en y intégrant les filières de soins gériatriques (FSG) lorsqu'elles existent.

Elle aurait pour objet :

- le repérage territorial des patients fragiles par le dispositif ICOPE ;
- l'anticipation des décompensations prévisibles ;
- l'organisation d'une réponse coordonnée avec les FSG, les DAC, le SAMU-SAS et les établissements de santé dans un délai de 24 à 48 heures impliquant l'articulation entre la médecine de ville (médecins, paramédicaux) les services d'aide et de soins à domicile, les

lignes d'accès directs gériatriques ou autres pour les établissements de santé et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Concrètement, cela nécessiterait la mise en place au sein de chaque CPTS d'une **cellule opérationnelle de coordination territoriale**, dotée de moyens humains identifiés, notamment d'infirmiers coordinateurs. Elle serait co-pilotée par les CPTS et les FSG. Elle comprendrait, en plus, des représentants des SAMU-SAS, du DAC et des cellules de parcours complexes des ES.

Dans cette organisation, les DAC pourraient constituer le point d'appui privilégié des CPTS pour les situations complexes, en assurant :

- l'évaluation multidimensionnelle des situations ;
- la mobilisation des ressources médico-sociales et sociales du territoire ;
- l'accompagnement des parcours complexes nécessitant une coordination renforcée.

Plusieurs facteurs plaident pour un renforcement du rôle des DAC dans l'organisation territoriale du système de santé. Les DAC disposent en effet d'une connaissance fine des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales disponibles sur leur territoire. Ils interviennent déjà auprès des situations les plus complexes nécessitant la mobilisation simultanée de nombreux acteurs. Dans un contexte marqué par la multiplication des dispositifs de coordination, la reconnaissance des DAC comme l'interlocuteur privilégié, en lien avec les CPTS, permettrait de simplifier l'accès des professionnels et des usagers aux dispositifs d'appui, d'améliorer la lisibilité de l'organisation territoriale et de renforcer la fluidité des parcours de soins

Les représentants nationaux des CPTS soulignent par ailleurs l'émergence de regroupements en inter-CPTS, permettant d'organiser certaines missions à une échelle territoriale plus large et de renforcer les liens avec les établissements hospitaliers.

Cette évolution pourrait également favoriser l'intégration progressive du second recours, notamment à travers les équipes de soins spécialisés (ESS), afin de permettre l'accès rapide à certaines expertises médicales sans passage hospitalier.

Recommandation forte n°3 :

Missionner les CPTS sur la coordination des parcours des patients fragiles en y créant des cellules de coordination ville-hôpital-médico-social, co-pilotée avec les filières de soins gériatriques labélisées le cas échéant, en y associant les cellules de parcours complexe des établissements de santé et en désignant les DAC comme l'effecteur privilégié des parcours complexes dans le cadre d'une « responsabilité populationnelle » partagée

2.2 Confier aux CPTS le fonctionnement opérationnel du projet territorial pour la personne âgée

Le projet territorial de la personne âgée, recommandé *supra* dans l'axe 1, nécessite la mobilisation et le travail commun et articulé de tous les acteurs effectifs intervenant dans le parcours sanitaire et médico-social d'une personne âgée. L'échelle du projet territorial pour la personne âgée est donc nécessairement locale, à l'échelle du bassin de vie de la médecine de ville, soit l'échelon des CPTS.

Le mode de fonctionnement démontrant ses preuves dans les projets auditionnés par la mission montre qu'il s'agit d'un fonctionnement collectif très similaire à celui de la responsabilité populationnelle :

- Des réunions cliniques avec l'ensemble des acteurs de soins pour définir ensemble des parcours territoriaux le qui fait quoi à quel moment dans tel parcours, en termes de prévention et de soins. Ces réunions permettent aussi d'apprendre à connaître les autres acteurs, créer des liens utiles ensuite pour la bonne coordination des parcours. Compte tenu de la composition des CPTS, elles jouent évidemment un rôle majeur ;
- Les CPTS définissent les actions qui permettent d'améliorer le fonctionnement collectif, dans une logique d'intervention précoce, y compris de type aller-vers.

La mission propose que le fonctionnement opérationnel du projet territorial pour la personne âgée dans chaque territoire soit confié aux CPTS. Il pourrait s'appuyer sur la cellule opérationnelle de coordination territoriale proposée *supra*.

2.3 Déployer le projet territorial pour la personne âgée par un co-portage CPTS/DAC/établissement support de GHT

Si le fonctionnement opérationnel du projet territorial de la personne âgée est clairement à confier aux CPTS, les retours d'expérience, notamment du déploiement de la responsabilité populationnelle, montrent l'intérêt d'un co-portage avec le DAC et l'établissement support du GHT pour faciliter le déploiement.

DAC et établissements supports de GHT apportent, outre leur connaissance complémentaire des acteurs et leur expertise propre, leur échelle géographique plus grande et leur capacité de portage de projet et de déploiement, avec la capacité de porter la démarche d'un bassin de vie à un autre en capitalisant sur l'expérience d'élaboration du projet territorial pour la personne âgée d'un territoire à l'autre.

A défaut, le déploiement du projet territorial pour la personne âgée serait trop dépendant des différentes dynamiques de chacune des CPTS, faisant peser un risque trop fort de non-généralisation.

Propositions (*cf.* supra recommandation forte n°1) **:**

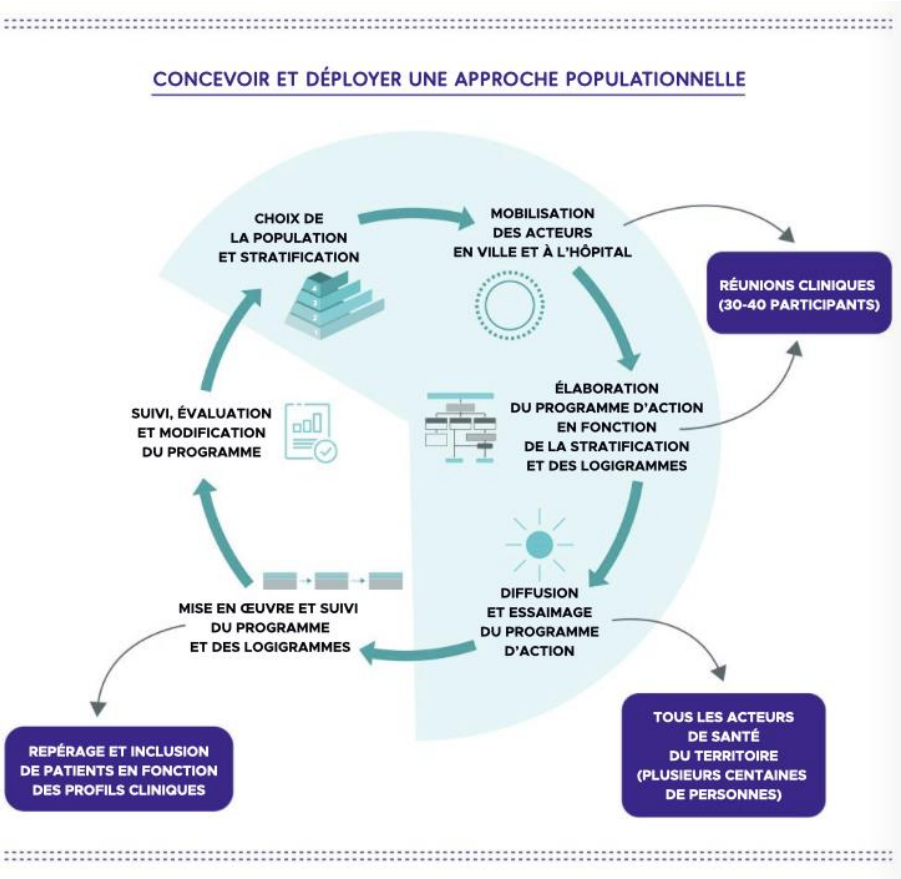
- confier le fonctionnement opérationnel du projet territorial pour la personne âgée aux CPTS
- confier le déploiement des projets territoriaux pour la personne âgée au sein d'un département au trio CPTS/DAC/établissement support de GHT

2.4 La Responsabilité populationnelle : une méthodologie qui a fait ses preuves

Tous les pays occidentaux ont la même problématique. Plusieurs d'entre eux ont développé des organisations territoriales qui lient les acteurs de santé autour de parcours de santé commun (Pays basque espagnol, Ontario, Norvège, NHS…), méthode que l'on retrouve partagée dans l'ensemble des *Integrated Care Systems*.

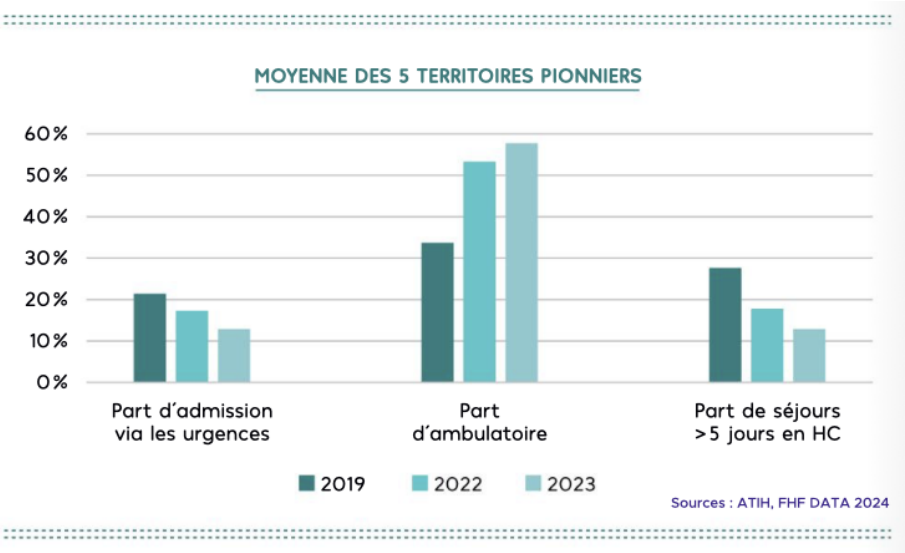
Le Québec depuis 2010 puis la Fédération Hospitalière de France (FHF) en France depuis 2017 ont construit puis expérimenté cette méthodologie. Cinq territoire pionniers l'ont mise en place.

Après avoir choisi une population cible celle-ci est stratifiée en fonction de ses besoins. Les réunions cliniques réunissent le réseau de partenaire regroupant l'ensemble des acteurs du territoire intéressés au projet. Ils élaborent en commun des programmes de santé allant de la prévention primaire jusqu'à la prise en charge des patients complexes.



Depuis lors plus d'une quinzaine de territoires ont rejoint la démarche car elle donne des résultats probants.

Dans les 5 territoires pionniers le part d'admission des patients diabétiques *via* les urgences a diminué de près de 50%, la part de prise en charge ambulatoire a presque doublé et la part de séjours de plus de 5 jours a diminué de moitié.



La FHF vient de concevoir, avec les spécialistes *ad hoc*, la base d'une responsabilité populationnelle des personnes âgées qui pourrait alimenter la restructuration proposée.

2.5 Rendre effective l'interopérabilité numérique ville-hôpital-médico-social

Aucune coordination durable ne peut reposer exclusivement sur des échanges informels. A la fin du premier quart du XXIème siècle, on pourrait rêver d'un outil unique de coordination et de continuité des parcours ville-hôpital-médico-social.

L'objectif d'interopérabilité entre les systèmes d'information hospitaliers et les outils utilisés par les CPTS et les professionnels de la ville doit être prioritaire et atteint. Elle est indispensable pour permettre aux DAC, aux CPTS, aux établissements de santé et au SAMU-SAS de partager les informations nécessaires à la continuité des parcours.

Il existe des modèles efficaces, en Île-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes, basés sur des outils informatiques régionaux de parcours de soins. Ces modèles doivent impérativement être partagés et soutenus financièrement à l'échelle nationale.

Les structures régionales d'appui au numérique en santé (GRADeS) se trouvent parfois en difficulté pour faire évoluer les solutions existantes ou pour obtenir des adaptations rapides de la part des éditeurs.

Dans ce contexte, l'enjeu ne paraît pas tant de relancer de nouveaux investissements massifs que de capitaliser sur les organisations et outils qui ont démontré leur efficacité dans certains territoires ou encore de s'intéresser aux systèmes d'informations qui ont été adoptés massivement pour la télé-expertise, par exemple Omnidoc ou d'autres sociétés privées, afin de comprendre ce qui a été la clef de leur réussite.

Il est vivement souhaitable d'organiser une capitalisation des solutions des GRADeS au niveau national, notamment sur la coordination des parcours et la continuité ville-hôpital, et de généraliser des solutions éprouvées et ayant apporté un service rendu appréciée des professionnels de ville et à l'hôpital.

Proposition 2 :

Aboutir à un outil ergonomique de coordination et de continuité des parcours ville-hôpital-médico-social

2.6 Rééquilibrer la responsabilité de l'offre de soins non programmées et de la permanence des soins

2.6.1 Aligner les horaires de PDS entre ville et hôpital

Il apparaît indispensable d'aligner les horaires de PDS entre la ville et l'hôpital : en semaine la nuit 18h30-8h30, le samedi après-midi 12h-18h30 et le dimanche et JF de 8h30 à 18h30. Ceci permettrait de partager l'afflux des patients de fin d'après-midi en particulier qui ne peuvent accéder aux maisons médicales de garde qu'à partir de 20h par exemple. Afin d'éviter les dérives, les actes pratiqués devraient répondre à une sollicitation du SAMU-SAS ou effectués en maison médicale de garde.

Recommandation forte n°4 :

Coordonner les horaires de PDSES et de PDSA (18h30-8h30 ; 12h-18h30 le samedi ; 8h30-18h30 le dimanche et les jours fériés).

2.6.2 Structurer les centres de soins non programmés

Les centres de soins non programmés (CSNP) ont émergé en réponse à un besoin réel d'accès rapide aux soins. Toutefois, l'absence de régime d'autorisation spécifique, l'absence de numéro FINESS et leur implantation majoritairement urbaine créent un risque de déséquilibre territorial.

La création d'un cadre juridique dédié permettrait d'inscrire ces structures dans une logique d'organisation territoriale avec les SAMU-SAS et les CPTS. L'autorisation des CSNP devraient ainsi être conditionnée à cette intégration de même qu'à la participation de ses praticiens à la PDS, quelle qu'en soit la modalité.

Un autre pourvoyeur important de CSNP est l'évolution des petits services d'urgences dont l'activité nocturne ne justifie plus le maintien d'une garde (*cf*. Rapport sur la territorialisation des urgences, Dr Jean-Yves Grall, 2016).

2.7 Évaluation et indicateurs : inscrire les évolutions dans la durée

Les évolutions proposées ne peuvent produire d'effets qu'à condition d'être évaluées objectivement.

Plusieurs indicateurs permettront de mesurer leur impact :

- le taux de retours aux urgences à 72 heures ;
- le taux d'hospitalisation non programmée des personnes de plus de 75 ans ;
- le délai médian de rendez-vous post-SAU en médecine de ville ;
- la proportion de patients fragiles identifiés et suivis par les CPTS ;
- la proportion et la mobilisation des DAC dans l'accompagnement des situations complexes notamment aux urgences ;
- le nombre de patients ciblés inclus dans les parcours formalisés
- la répartition territoriale des CSNP autorisés par un comité départemental

À moyen terme, cette organisation devrait permettre d'atteindre les bénéfices suivants :

- un maintien à domicile renforcé pour les patients âgés ;
- une meilleure lisibilité de l'offre de soins non programmés ;
- une réduction significative des passages évitables aux urgences ;
- une diminution des réadmissions précoces ;
- une amélioration des conditions d'exercice des professionnels hospitaliers et libéraux.

Axe 3 : Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours

Les dispositifs présentés ici sont les éléments d'une stratégie globale visant à améliorer la fluidité des parcours hospitaliers, s'articulant autour de quatre leviers complémentaires :

- Améliorer l'orientation des patients en amont et à l'entrée de l'hôpital : uniformiser le fonctionnement des SAS et réorienter certains patients hors des urgences lorsque pertinent ;
- Éviter certaines hospitalisations : grâce au développement d'équipes mobiles spécialisées et d'unités d'évaluation médicale rapide ou *via* le développement de l'HAD ;
- Mieux organiser les hospitalisations : en renforçant les dispositifs d'ordonnancement et les admissions directes depuis la ville ;
- Accélérer les sorties d'hospitalisation : grâce à des dispositifs dédiés tels que les salons de sortie et les cellules de gestion des parcours complexes.

1. Uniformiser le fonctionnement des Services d'Accès aux Soins (SAS)

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) constitue une réponse organisationnelle visant à améliorer l'orientation des patients et à structurer les parcours de soins non programmés. Le SAMU-SAS s'inscrit dans une logique de régulation territoriale permettant de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles sur un territoire donné.

1.1 Développer les expertises spécialisées selon les besoins des territoires

Le SAS est nativement construit sur le binôme socle qui associe les urgentistes et les médecins généralistes. Cependant, plusieurs acteurs soulignent l'intérêt de développer des filières d'expertise spécialisées complémentaires permettant de mieux orienter les patients dans certaines situations cliniques spécifiques. Ces filières spécialisées sont opérationnelles le plus souvent en journée, en semaine seulement, avec un projet d'extension des horaires selon les besoins et la maturité du projet. L'hétérogénéité de leur fonctionnement et les organisations très hétérogènes sur le territoire nécessite une uniformisation.

1.1.1 Psychiatrie.

Lorsqu'elles ont été mises en place, ces organisations associent souvent des psychologues et des infirmiers spécialisés, sous la supervision d'un médecin psychiatre référent. Ils ont accès aux données médicales des patients suivis en psychiatrie quand il existe deux dossiers patients informatisés distincts et non communicants. Ce partage d'information est indispensable dans l'objectif d'une bonne orientation du patient et notamment pour sécuriser au mieux une prise en charge ambulatoire. Les pathologies prises en charge par les équipes de la filière psychiatrique du SAMU-SAS sont très variables, leur expertise permet donc d'appuyer la décision du médecin régulateur qui conserve la gestion des situations critiques. En cas de besoin, une hospitalisation directement en psychiatrie des patients connus présentant une décompensation de leur maladie psychiatrique est possible dès lors qu'une évaluation somatique première ne se justifie pas.

Il est nécessaire d'identifier lors de la mise en place de la filière un certain nombre d'indicateurs de suivi qui mettent en avant le bénéfice pour le patient (hospitalisations directes, laisser sur place, orientation pour des consultations vers les CMP et autres structures de soins, nombre de dossiers traitées et suivis). Dans certains sites, il existe des équipes mobiles qui vont à domicile, ce qui évite l'hospitalisation tout en permettant le suivi du patient sans décompensation. Ces équipes existent souvent en ville et peu en milieu rural. Développer ces équipes mobiles semblent être un atout majeur pour éviter les décompensations et les hospitalisations. L'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades) porte ces demandes qui correspondent aussi aux besoins des aidants. Les indicateurs de suivis permettraient de mettre en avant le moindre recours aux urgences et un suivi plus fluide des prises en charge.

1.1.2 Gériatrie.

Plusieurs établissements réfléchissent à la création de cellules gériatriques spécifiques au sein de la régulation afin de mieux orienter la prise en charge des personnes âgées. Ces cellules pourraient notamment intégrer des IPA et des gestionnaires de lits afin de faciliter l'orientation vers les services les plus adaptés : HDJ, HAD, Court séjour… dans les délais adaptés à la situation. Une évaluation préalable paramédicale au domicile est également possible pour une bonne décision.

1.1.3 DAC.

Les dispositifs d'appui à la coordination jouent un rôle croissant dans l'organisation des parcours de soins complexes. Leur intégration au sein du SAMU-SAS permet d'identifier plus rapidement des solutions alternatives à l'hospitalisation et de mobiliser les ressources médico-sociales du territoire. L'exemple du SAMU-SAS de Poitiers illustre particulièrement bien cette dynamique. Dans ce territoire, les coordinatrices du DAC participent directement à la régulation afin d'aider les médecins régulateurs à mettre en œuvre les solutions médico-sociales adaptées pour les patients en situation de complexité ou d'isolement. Elles assurent le lien également avec le médecin traitant (via des outils numériques dédiés), et repositionnent les patients en rupture de parcours.

1.1.4 Périnatalité.

Dans certains SAMU-SAS de grande taille, des cellules périnatales intégrant des sages-femmes ont été mises en place afin d'organiser les transferts vers les maternités, de sécuriser les parcours périnataux et de faciliter le rapprochement des mères avec leurs enfants en cas de détresse néonatale.

1.1.5 Infirmiers diplômés d'Etat libéraux (IDEL).

Les infirmiers libéraux peuvent également être mobilisés à la demande de la régulation pour intervenir à domicile. Il s'agit plutôt de filières de soins avec des effecteurs sur le terrain. L'intérêt de cette sollicitation réside dans l'excellente couverture du territoire et la proximité des IDEL avec leurs patients.

Ces interventions peuvent concerner la réalisation de pansements, des soins de cicatrisation, l'évaluation de paramètres cliniques simples (tension artérielle, saturation en oxygène, glycémie

capillaire), la surveillance ponctuelle de patients (suivi d'un patient diabétique) ou la réalisation de certificats de décès.

La possibilité d'inscrire leur disponibilité sur la plateforme numérique du SAMU-SAS (puisqu'ils disposent d'un numéro RPPS) permet de valoriser financièrement leur investissement.

Enfin, si ces infirmiers souhaitent intervenir en situation d'urgence de manière intégrée avec le SAMU, ils pourraient devenir des infirmiers correspondants du Samu après une formation, sur le même modèle que les médecins correspondants du Samu.

1.2 Développer la visio-régulation

La visio-régulation constitue une innovation prometteuse dans l'évolution des centres de régulation médicale. Les études disponibles montrent que plusieurs bénéfices potentiels ont été identifiés : meilleure reconnaissance des signes de gravité, réduction de certains transports inutiles vers les services d'urgence, amélioration de l'orientation des patients et optimisation de l'allocation des ressources de secours. Elles montrent également que la vidéo peut améliorer la qualité des gestes de premiers secours réalisés par les témoins, notamment lors des arrêts cardiaques.

Les limites techniques sont principalement liées à la couverture réseau incomplète sur le territoire et à la difficulté à mettre en place l'outil, notamment chez les personnes âgées.

1.3 Renforcer l'intégration des outils numériques et l'interopérabilité des systèmes

Au-delà du développement de la visio-régulation, la performance et la fluidité des organisations reposent désormais sur une intégration renforcée des outils numériques utilisés par les différents acteurs de la chaîne de soins non programmés. À ce titre, l'interconnexion des systèmes d'information constitue un enjeu majeur.

Il apparaît nécessaire de favoriser une communication fluide et sécurisée entre les logiciels de régulation médicale (LRM), les plateformes du Service d'Accès aux Soins (SAS), les dossiers patients informatisés (DPI) hospitaliers, le Dossier Médical Partagé (DMP), ainsi que les outils utilisés par les équipes de terrain, notamment les SMURs, les services de secours et les transporteurs sanitaires.

Une telle interopérabilité permettrait notamment :

- un accès en temps réel aux données médicales pertinentes du patient, facilitant la prise de décision en régulation ;
- une meilleure coordination entre les acteurs de ville et hospitaliers ;
- une réduction des pertes d'information et des ressaisies multiples ;
- une optimisation de l'orientation des patients et des moyens engagés.

Par ailleurs, le développement de standards nationaux d'échange de données, associés à des exigences fortes en matière de cybersécurité et de protection des données de santé, constitue un préalable indispensable à cette évolution.

Enfin, l'intégration d'outils d'aide à la décision, d'intelligence artificielle et d'analytique en temps réel pourrait, à terme, renforcer l'efficience des plateformes de régulation, sous réserve d'un encadrement rigoureux et d'une validation clinique.

1.4 Difficultés identifiées

Plusieurs difficultés ont été identifiées dans les retours d'expérience territoriaux : mobilisation et continuité variable des médecins libéraux dans la régulation, difficulté à tracer le devenir des patients orientés par le SAMU-SAS, coordination parfois complexe avec certains dispositifs territoriaux et manque d'implication de certaines spécialités. L'accès parfois difficile à l'imagerie pour les patients hospitalisés constitue également un frein au développement des entrées directes.

Néanmoins, il n'existe pas de modèle de SAMU-SAS unique. Si une convergence des organisations semble indispensable chaque territoire doit apporter une réponse adaptée aux besoins spécifiques de sa population.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5) **:**

Uniformiser et développer le fonctionnement des SAMU-SAS : intégrer les représentants des DAC, développer les expertises spécialisées, rendre obligatoire la continuité de la permanence pour les libéraux, développer la télé-régulation, impliquer les IDEL dans des missions d'évaluation

2. Faire de la réorientation depuis les urgences un outil structuré, sécurisé et valorisé de régulation des flux

2.1 Une réponse organisationnelle à la pression croissante sur les services d'urgences

Une proportion importante des patients se présentant aux services d'urgences ne nécessite pas une prise en charge hospitalière immédiate. Ces consultations dites de faible gravité ne traduisent pas nécessairement un mauvais usage du système de santé. Elles reflètent souvent les difficultés d'accès aux soins de premier recours, l'indisponibilité du médecin traitant dans des délais compatibles avec l'inquiétude du patient ou encore la recherche d'un avis médical rapide face à un symptôme perçu comme potentiellement grave. Plusieurs études estiment qu'entre 10 % et 20 % des passages dans les services d'urgences pourraient relever d'une prise en charge en soins primaires, sous réserve que des alternatives réellement accessibles existent sur le territoire [2]. Dans ce contexte, la réorientation constitue un levier organisationnel majeur pour améliorer l'adéquation entre les besoins des patients et les ressources mobilisées.

La réorientation ne doit toutefois pas être pensée comme un simple filtrage administratif à l'entrée des services d'urgences. Elle doit être envisagée comme une organisation territoriale structurée de ré-adressage des patients, permettant d'orienter chaque patient vers le niveau de soins le plus adapté.

Autrement dit, identifier qu'un patient pourrait être pris en charge ailleurs que dans les services d'urgences ne suffit pas. Il est indispensable que le professionnel qui l'accueille dispose d'une solution concrète vers laquelle l'orienter, avec un accès effectif aux ressources de soins disponibles sur le territoire. Les analyses de la DREES, de l'IGAS et de la Cour des comptes ont notamment souligné que les difficultés d'accès aux soins primaires constituent l'un des facteurs majeurs expliquant la fréquentation croissante des services d'urgences.

2.2 Une réorientation fondée sur une évaluation clinique sécurisée

La réorientation doit reposer sur une évaluation clinique standardisée rigoureuse permettant d'exclure toute situation nécessitant une prise en charge hospitalière immédiate. Cette évaluation doit être réalisée dans un cadre médicalisé ou paramédicalisé, selon des protocoles de tri et des critères d'exclusion clairement définis, afin de garantir la sécurité des patients.

Dans les services d'urgences, cette évaluation est le plus réalisée par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA), ou parfois par le médecin d'accueil et d'orientation (MAO), chargé d'évaluer rapidement la situation clinique du patient dès son arrivée, d'identifier le degré d'urgence et d'orienter le patient vers la filière de prise en charge la plus adaptée [3].

Dans le cadre de la réorientation, cette évaluation s'appuie sur des protocoles organisationnels et médicaux validés permettant d'identifier les situations dans lesquelles une prise en charge aux urgences n'est pas nécessaire et peut être remplacée par une consultation dans une structure alternative. Ces protocoles définissent les motifs de consultation pouvant relever d'une réorientation ainsi que les critères d'exclusion destinés à garantir la sécurité du patient.

Deux grandes catégories de patients peuvent être distinguées dans ce cadre :

- La première correspond aux patients nécessitant une consultation médicale semi-urgente dans un délai généralement compris entre 24 et 48 heures, mais ne relevant pas d'une prise en charge immédiate hospitalière ;
- La seconde correspond aux patients dont l'état clinique ne nécessite pas de consultation dans les 48 h. Ces patients doivent être orientés vers leur médecin traitant ou trouver une consultation médicale par leurs propres moyens (CSNP…).

Pour les patients relevant d'une consultation semi-urgente, certaines organisations permettent de mobiliser directement les ressources de soins non programmés de ville en s'appuyant sur les opérateurs de soins non programmés des SAS. Cette organisation est particulièrement utile pour les patients ne disposant pas de médecin traitant ou lorsque celui-ci n'est pas disponible dans les délais requis. Dans certains établissements, l'IOA peut également s'appuyer sur des outils numériques permettant d'identifier en temps réel les disponibilités de consultation en ville et d'organiser directement la prise de rendez-vous lors du passage du patient aux urgences. L'objectif est que le patient quitte le service avec une solution de prise en charge clairement identifiée, évitant ainsi les situations d'errance dans le système de soins.

Le rôle de l'IOA ou du MAO apparaît donc central dans la mise en œuvre opérationnelle de la réorientation. Celle-ci ne peut être envisagée que si les professionnels disposent de protocoles clairs, d'un cadre organisationnel sécurisé et d'une visibilité sur les ressources de soins disponibles sur le territoire [12].

Dans ce contexte, les IPA apportent une expertise complémentaire et serait effectivement utile à différents postes des urgences (tri et réorientation à l'accueil, coordination des patients complexes, gestion des patients de SAUV, mais aussi à la régulation voire en préhospitalier pour les SMUR paramédicalisés : UMH-P) pour sécuriser les parcours. Le problème aujourd'hui est leur non financement propre, ce qui conduit beaucoup d'établissements à ne pas vouloir en financer.

2.3 L'exemple du Québec : une réorientation structurée et outillée

Plusieurs expériences internationales ont montré que la réorientation peut constituer un outil efficace de régulation des flux lorsqu'elle s'appuie sur une organisation structurée et sur des outils adaptés.

Au Québec, le médecin urgentiste Alexandre Messier, exerçant à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, a développé avec son équipe un dispositif structuré reposant sur un algorithme clinique et une plateforme informatique dédiée intégrée au logiciel Logibec Réorientation [5]. Cet outil permet aux infirmiers de triage d'identifier rapidement les patients pouvant être orientés vers des cliniques de médecine de première ligne partenaires. Une fois l'éligibilité du patient confirmée, un rendez-vous peut être organisé directement dans une clinique partenaire, souvent le jour-même ou le lendemain. L'outil intègre des critères d'exclusion garantissant la sécurité de la décision de réorientation.

Les résultats observés montrent qu'environ 15% des patients ambulatoires peuvent être réorientés vers des structures de soins primaires avec un très faible taux de retour non prévu aux urgences, ce qui confirme la sécurité et l'efficacité de cette organisation [6].

2.4 Des expérimentations et initiatives en France

Plusieurs initiatives françaises ont cherché à structurer la réorientation et à en sécuriser les pratiques en s'inspirant notamment de l'expérience québécoise. Le centre hospitalier d'Angoulême et le CHRU de Nancy ont notamment expérimenté le dispositif Logibec Réorientation™ qui permet d'orienter les patients à faible gravité vers des consultations de médecine générale partenaires avec organisation directe du rendez-vous par les équipes des services d'urgences.

Par ailleurs, plusieurs travaux scientifiques ont évalué la sécurité et la bonne acceptabilité des programmes de réorientation reposant sur des outils numériques d'aide à la décision et sur une évaluation initiale réalisée par l'infirmier de triage [7]. Ainsi, plus de 90% des patients acceptent la réorientation lorsque celle-ci s'accompagne d'une solution de consultation organisée.

2.5 Enjeux médico-légaux et sécurisation des pratiques

La réorientation soulève également des enjeux médico-légaux importants puisqu'elle implique une décision clinique consistant à considérer qu'un patient ne nécessite pas de prise en charge dans les services d'urgences. Pour être sécurisée, cette pratique doit reposer sur des protocoles médicaux validés, sur des critères d'exclusion clairement définis, sur une information claire délivrée au patient et sur une traçabilité de l'évaluation clinique réalisée.

2.6 Reconnaître et valoriser l'activité de réorientation

La réorientation constitue une activité médicale et organisationnelle à part entière. Elle mobilise du temps médical et paramédical, implique une responsabilité clinique et nécessite une coordination active avec les acteurs du territoire. Le forfait de réorientation doit être généralisé pour reconnaître cette activité. L'enjeu est désormais d'intégrer pleinement la réorientation dans l'organisation des services d'urgences et dans la structuration territoriale des soins non programmés. La nouvelle législation concernant le métier d'infirmier pourrait permettre de reconnaître l'accueil IOA comme une consultation et donc permettrait de la valoriser financièrement.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5) **:**

Promouvoir et valoriser la réorientation avant ou au SU en l'encadrant par des référentiels opérationnels et sécurisés

3. Fluidifier les parcours hospitaliers par une gestion active des capacités en lits

Les tensions hospitalières sont souvent causées par des dysfonctionnements organisationnels, tels que la régulation insuffisante en amont, les admissions hospitalières passant systématiquement par les urgences, la difficulté à identifier des lits disponibles, l'absence de solutions d'aval médico-sociales et logistiques, ainsi que des problèmes d'accès aux transports sanitaires.

Cependant, plusieurs expériences menées dans différents établissements ont démontré qu'il est possible de fluidifier les parcours hospitaliers en mettant en place des organisations adaptées : réorientation structurée aux urgences, admissions directes depuis la ville, lignes téléphoniques d'avis dédiées entre la ville et l'hôpital, cellules d'ordonnancement, ou encore la mobilisation renforcée de l'hospitalisation à domicile et des équipes mobiles territoriales.

L'enjeu désormais n'est plus d'expérimenter ces dispositifs, mais de les déployer à grande échelle et de les structurer à l'échelle territoriale pour éviter une diffusion trop hétérogène.

La mise en œuvre coordonnée de ces dispositifs présentés *infra* constitue un levier majeur pour optimiser l'utilisation des capacités hospitalières, réduire les hospitalisations prolongées non justifiées et améliorer l'accueil des patients nécessitant une prise en charge urgente.

3.1 Développer les unités d'évaluation médicale rapide

3.1.1 Un dispositif pour éviter les hospitalisations inutiles

Dans de nombreux services d'urgences, une part significative des patients est hospitalisée non pas parce qu'une hospitalisation prolongée est nécessaire, mais parce que l'évaluation diagnostique ne peut pas être réalisée dans un délai compatible avec une prise de décision immédiate. L'absence de solution intermédiaire entre la consultation aux urgences et l'hospitalisation complète conduit alors à des hospitalisations parfois évitables.

Les unités d'évaluation médicale rapide constituent une réponse organisationnelle à cette difficulté. Elles permettent d'accueillir des patients nécessitant un bilan diagnostique ou une surveillance de courte durée afin de préciser leur orientation. Ces unités offrent un cadre médicalisé permettant de réaliser rapidement des examens complémentaires, d'organiser des avis spécialisés et de décider de l'orientation la plus adaptée dans un délai généralement compris entre 24 et 72 heures. Elles sont différentes des UHCD qui prennent en charge des patients pour une durée maximale de 24 heures ; Pour les mêmes raisons, elles ne peuvent pas être sous la responsabilité des médecins urgentistes.

Ce type d'organisation permet d'éviter certaines hospitalisations prolongées lorsque l'état du patient peut être stabilisé rapidement ou lorsqu'une prise en charge ambulatoire peut être organisée après une courte période d'observation.

3.1.2 Un modèle largement développé dans plusieurs systèmes hospitaliers

Dans plusieurs pays, des unités de ce type ont été développées afin d'améliorer la gestion des flux hospitaliers et de réduire les hospitalisations inutiles.

Au Royaume-Uni, les *Acute Medical Units* accueillent les patients nécessitant une évaluation médicale rapide après leur passage aux urgences. Les patients y sont pris en charge pendant une durée limitée, généralement inférieure à 48 heures, afin de réaliser les examens nécessaires et d'organiser leur orientation vers le domicile, une consultation spécialisée ou une hospitalisation lorsque cela est nécessaire.

Des organisations comparables existent également au Canada et dans plusieurs systèmes hospitaliers européens. Ces dispositifs permettent d'absorber une partie de l'activité non programmée tout en limitant les hospitalisations prolongées.

3.1.3 Des organisations similaires dans plusieurs établissements français

En France, plusieurs établissements ont développé des organisations proches de ce modèle, permettant de réaliser rapidement des évaluations diagnostiques ou d'organiser des parcours de soins complexes sans mobiliser durablement des lits d'hospitalisation conventionnels.

Aux Hospices civils de Lyon, la Cellule Ambulatoire de Diagnostic Rapide en Médecine Interne (CADIRAM) permet d'organiser rapidement des explorations diagnostiques pour des patients adressés par les urgences ou par les services hospitaliers. Ce dispositif vise à répondre rapidement aux besoins diagnostiques des patients tout en favorisant un retour à domicile lorsque cela est possible, évitant ainsi certaines hospitalisations prolongées.

Toujours aux Hospices civils de Lyon, la Cellule d'Urgence Parcours Personnes Âgées coordonne l'évaluation gériatrique de patients présentant le plus souvent un traumatisme et organise la mobilisation des ressources du territoire, permettant dans une proportion importante des situations un retour à domicile sécurisé.

Le CH d'Argenteuil a également développé une organisation innovante avec la création d'une unité de 24 lits, l'UMEDO (Unité de Médecine d'Évaluation et d'Orientation). Cette unité accueille des patients pour lesquels la décision d'orientation nécessite un temps d'évaluation ou de coordination supérieur à 24 h. Elle permet notamment d'accueillir des patients qui resteraient autrement en attente prolongée aux urgences ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée avant de pouvoir être hospitalisés.

L'UMEDO dispose d'une durée moyenne de séjour courte, d'environ 3-4 jours, et accueille principalement des patients âgés (moyenne d'âge de 75 ans) présentant des situations médicales et sociales complexes. La présence d'assistantes sociales et la formalisation de parcours avec les acteurs du territoire selon la problématique présentée constituent des éléments déterminants du fonctionnement de cette unité. Une part importante (80%) des patients pris en charge dans cette unité peut finalement retourner à domicile à la sortie, souvent après organisation d'un accompagnement médico-social ou d'un suivi adapté. Cette organisation permet ainsi d'éviter certaines hospitalisations prolongées ou des orientations inadaptées vers des structures de soins de suite ou médico-sociales.

Au CHU d'Angers, une unité dite passerelle permet de réévaluer la situation de patients pour lesquels une orientation vers un service de spécialité, un SMR ou un EHPAD était initialement envisagée. Les patients sont adressés par les urgences mais également pas des services de

spécialités. Les premiers retours d'expérience montrent qu'environ 60 % des patients accueillis dans cette unité peuvent finalement retourner à domicile alors qu'une orientation SMR ou EHPAD était posée.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5)

Développer les unités d'évaluation médicale rapide

3.2 Faire des lignes d'avis dédiées ville-hôpital et des admissions directes un levier de réduction des passages aux urgences

Les admissions directes constituent un levier important pour éviter les passages inutiles par les services d'urgences. Elles reposent sur la possibilité, pour les médecins de ville, les médecins coordonnateurs d'EHPAD ou certains acteurs territoriaux, d'organiser directement l'hospitalisation d'un patient dans un service adapté ou d'obtenir rapidement un avis spécialisé hospitalier.

3.2.1 2.1. Faciliter l'accès des médecins de ville à l'avis spécialisé hospitalier.

Au-delà de l'organisation des admissions directes, les lignes dédiées ville–hôpital jouent un rôle essentiel dans l'accès rapide à l'expertise hospitalière. Dans de nombreuses situations, le médecin généraliste a avant tout besoin de pouvoir échanger rapidement avec un spécialiste hospitalier afin de déterminer la conduite à tenir. Cet échange permet de confirmer la nécessité d'une hospitalisation immédiate, d'organiser une admission différée sur un créneau identifié ou, au contraire, de privilégier une prise en charge ambulatoire. Ces lignes constituent ainsi un outil de régulation des hospitalisations et contribuent à orienter les patients vers le niveau de prise en charge le plus adapté.

3.2.2 Les conditions de réussite

Les expériences existantes montrent que plusieurs conditions sont nécessaires pour assurer l'efficacité des admissions directes.

La première concerne la lisibilité des circuits d'accès pour les professionnels de ville, qui doivent pouvoir identifier facilement l'interlocuteur hospitalier à contacter.

La deuxième repose sur la disponibilité, sur des plages horaires suffisamment larges, d'un interlocuteur médical sénior capable de prendre rapidement une décision d'orientation ou d'hospitalisation.

La troisième condition concerne la visibilité sur les capacités hospitalières disponibles, notamment les lits d'hospitalisation et les créneaux de consultation rapide.

Enfin, la réussite de ces dispositifs repose largement sur la relation de confiance entre les professionnels de ville et les équipes hospitalières.

3.2.3 Freins et obstacles au déploiement

Malgré leurs bénéfices, les admissions directes restent encore inégalement développées sur le territoire. En premier lieu la disponibilité en lits, en particulier en période de tension, compromet l'accessibilité. Il faut à la fois programmer, admettre directement mais aussi laisser de la disponibilité de lits pour les urgences : cette situation confine à la quadrature du cercle. L'organisation hospitalière demeure souvent structurée par services plus ou moins ouverts à une logique de partage, ce qui peut rendre plus difficile la mise en place de filières transversales accessibles depuis la ville. La disponibilité des ressources médicales constitue également un frein important pour assurer la permanence de lignes dédiées sur des plages horaires étendues. L'absence d'outils permettant d'identifier rapidement les capacités hospitalières disponibles peut limiter l'efficacité de ces dispositifs. Enfin dans certains établissements, l'accès parfois difficile à l'imagerie pour les patients hospitalisés constitue un frein au développement des entrées directes et une préférence pour un passage premier aux urgences pour avoir plus facilement accès à celle-ci.

Ainsi le développement des lignes dédiées ville–hôpital et des admissions directes constitue un levier majeur pour améliorer la fluidité des parcours de soins et réduire la pression sur les services d'urgences. Il impose d'améliorer la fluidité interne et externe des parcours pour générer suffisamment de disponibilité en lits (cf axe 2). L'amélioration de la visibilité sur les capacités hospitalières et le développement d'outils d'aide à la décision pourraient également faciliter cette organisation.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5)

Généraliser les numéros d'avis séniorisés et les hospitalisations d'accès direct

3.3 Imposer les cellules d'ordonnancement hospitalières et territoriales

La gestion des lits constitue un levier majeur de fluidification des parcours hospitaliers. Les tensions observées dans les services d'urgences sont en effet souvent la traduction de difficultés d'accès à un lit d'hospitalisation adapté plutôt que d'un problème strictement lié à l'activité d'urgence elle-même. Dans ce contexte, l'organisation et le pilotage des capacités d'hospitalisation apparaissent comme un enjeu central de régulation des flux de patients.

3.3.1 L'ordonnancement des lits : un levier central de régulation des flux hospitaliers

Dans plusieurs établissements, des cellules d'ordonnancement ont été mises en place afin de piloter les admissions et les transferts. Ces cellules disposent d'une vision globale des capacités d'hospitalisation de l'établissement et ont autorité pour coordonner les flux de patients entre les différents services. Elles peuvent également organiser les admissions directes, coordonner les transferts inter-services et faciliter l'orientation des patients vers les unités disposant de capacités disponibles.

L'activité d'ordonnancement a deux missions : gestion des lits (avec les 3 flux : aval des urgences, activités programmées et admissions directes) et programmation des parcours. L'appui à la gestion des sorties relève d'une cellule de coordination d'aval.

Le développement de telles cellules répond à une logique de professionnalisation de la gestion capacitaire hospitalière. La gestion des lits ne peut en effet reposer uniquement sur des coordinations informelles entre services. Elle suppose une fonction dédiée, dotée de moyens

humains suffisants, d'outils de suivi en temps réel et d'une légitimité institutionnelle permettant d'arbitrer les flux de patients au bénéfice du parcours de soins global. Elle est idéalement sous la responsabilité du président de la CME et du Directeur Général de l'établissement (ou du Directeur de Soins).

3.3.2 Passer d'une gestion passive des lits à un ordonnancement actif des parcours

Cette évolution traduit également un changement de logique dans la gestion des capacités hospitalières. Dans de nombreux établissements, la gestion des lits reste encore largement réactive et fragmentée, chaque service pilotant ses propres capacités d'hospitalisation. Cette approche, souvent qualifiée de gestion « passive » des lits, consiste essentiellement à rechercher un lit disponible lorsqu'un patient doit être hospitalisé.

À l'inverse, les cellules d'ordonnancement s'inscrivent dans une logique d'ordonnancement actif des parcours. Elles ne se limitent pas à identifier des disponibilités, mais organisent de manière anticipée l'ensemble des flux hospitaliers, en articulant les entrées programmées, les admissions directes, les besoins d'aval des urgences et les sorties d'hospitalisation. Cette approche permet de transformer la gestion des lits en un véritable pilotage des parcours patients et des capacités hospitalières.

3.3.3 Des organisations hospitalières déjà matures dans certains établissements

L'exemple de Nantes illustre la maturité que peut atteindre une telle organisation. Le CHU a développé un dispositif structuré et professionnalisé de gestion des lits, avec deux cellules d'ordonnancement pilotant l'hospitalisation conventionnelle, complétées par une cellule de coordination d'aval. Trois flux y sont gérés conjointement : l'aval des urgences, les hospitalisations programmées et les entrées directes. Les cellules assurent à la fois la gestion des lits et la programmation de parcours, et s'appuient sur un outil de visibilité en temps réel des lits disponibles et du prévisionnel de lits disponibles. Le dispositif mobilise des effectifs dédiés importants, ce qui montre que l'ordonnancement ne peut être efficace que s'il est réellement professionnalisé et doté de moyens adaptés.

Au CHU de Nancy, cette cellule d'ordonnancement, développée depuis 2015 avec les mêmes missions et le même intérêt, représente 36 ETP, incluant notamment 6 ETP présents aux urgences pour traiter du flux non programmé. L'audition du CHU de Poitiers confirme également l'intérêt d'une cellule reconnue institutionnellement et fondée sur une large amplitude de fonctionnement et une relation de confiance avec les services. L'un des facteurs de réussite mis en avant est la réduction de la négociation médicale en aval. Dans le modèle décrit, l'urgentiste détermine le service de destination au travers d'un thésaurus validé par la communauté médicale de l'établissement et la cellule d'ordonnancement trouve un lit sans remise en cause de cette orientation. Cette organisation permet de concentrer l'énergie collective sur la mise en capacité plutôt que sur des arbitrages répétés entre spécialités.

De nombreux CH ont aussi élaboré de telles organisations plus ou moins matures et fonctions de la réalité de leur territoire (La Rochelle, Le Mans, *etc.*).

3.3.4 Développer des cellules d'ordonnancement à l'échelle territoriale

Au-delà de l'échelle de l'établissement, plusieurs expériences montrent l'intérêt d'étendre cette logique à une échelle territoriale. L'organisation des capacités hospitalières reste aujourd'hui

largement pensée établissement par établissement, alors même que les tensions d'aval des urgences concernent souvent l'ensemble d'un bassin de vie. La mise en place de cellules territoriales d'ordonnancement permettrait de dépasser cette logique fragmentée et de raisonner à l'échelle des capacités réellement disponibles sur un territoire.

Une telle organisation permettrait notamment d'intégrer dans un même dispositif les établissements publics et privés, qu'ils disposent ou non d'un service d'urgence. Elle offrirait la possibilité de répartir les flux de patients sur l'ensemble des capacités d'hospitalisation disponibles, d'orienter certains patients vers des établissements disposant de lits sous-utilisés et de mieux articuler l'activité programmée, les admissions directes et les besoins d'aval des urgences.

Plusieurs initiatives vont déjà dans ce sens. Les GHT de la Vienne et du Sud-Lorraine constituent à cet égard des expériences intéressantes, en organisant une visibilité partagée des lits disponibles et une coordination entre les établissements publics.

Dans les Pays-de-la-Loire, l'ARS accompagne le déploiement d'outils de visibilité capacitaire permettant de partager en temps réel les disponibilités en lits entre établissements publics et privés.

Des expériences internationales confirment également l'intérêt de ces organisations. Au Royaume-Uni, les hôpitaux du *National Health Service* (NHS) disposent depuis plusieurs années de fonctions structurées de *bed management* chargées de piloter les capacités hospitalières et d'anticiper les tensions d'hospitalisation. Ces dispositifs reposent sur des équipes dédiées et sur des outils numériques permettant de suivre en temps réel les admissions, les sorties et les disponibilités en lits.

3.3.5 Rendre obligatoire les cellules d'ordonnancement pour les établissements dont les SAU ont plus de 25 000 passages par an

L'efficacité de ces organisations repose toutefois sur plusieurs conditions. Les cellules d'ordonnancement doivent être reconnues institutionnellement, disposer d'une amplitude de fonctionnement compatible avec l'activité hospitalière et s'appuyer sur des outils numériques permettant une vision en temps réel des capacités d'hospitalisation. Elles doivent également être dotées de moyens humains dédiés, associant des profils médicaux, soignants et administratifs capables d'assurer un pilotage opérationnel des flux.

Dans cette perspective, il apparaît pertinent et nécessaire d'inscrire le déploiement de cellules d'ordonnancement dans les conditions techniques de fonctionnement des SAU pour les services avec plus de 25 000 passages/an. Cette inscription aux conditions d'autorisation permettrait de généraliser leur mise en place et d'en faire un objectif structurant de l'organisation hospitalière. Elle constituerait également un levier pour garantir que les établissements se dotent de moyens humains et organisationnels adaptés à cette fonction et que, dans ce cadre, ils soient soutenus financièrement par les ARS.

Cette proposition nécessite un complément réglementaire relevant d'un décret en Conseil d'État.

Une variante plus faible mais moins contraignante réglementairement serait d'inscrire cette obligation *via* les CPOM des établissements concernés.

L'objectif n'est pas seulement d'encourager le développement de ces cellules, mais bien de faire de l'ordonnancement des capacités hospitalières une composante obligatoire du pilotage des flux de patients, dès lors que les volumes d'activité non programmée sont substantiels.

3.3.6 Anticiper les tensions grâce aux outils numériques et à l'intelligence artificielle.

Enfin, les progrès récents des outils de pilotage capacitaire ouvrent la possibilité d'intégrer des outils de prévision reposant sur l'intelligence artificielle. Les données hospitalières permettent en effet d'anticiper les flux de patients, les volumes d'entrées programmées, les pics d'activité saisonniers ou encore les besoins d'aval des urgences.

De tels algorithmes sont d'ores et déjà en fonctionnement au CH de Valenciennes ou au CHU de Nancy et permettent d'anticiper les flux, de renforcer les équipes des urgences et d'anticiper les organisations hospitalières.

L'utilisation d'algorithmes de prévision pourrait ainsi permettre d'anticiper les tensions capacitaires plusieurs jours à l'avance et d'ajuster l'organisation hospitalière en conséquence, en anticipant par exemple les sorties d'hospitalisation, en mobilisant des lits supplémentaires, voire, en dernier recours., en modulant l'activité programmée.

3.3.7 Les clés de réussite des cellules d'ordonnancement.

Les retours d'expérience des établissements ayant mis en place des cellules d'ordonnancement montrent que leur efficacité repose sur plusieurs facteurs organisationnels déterminants.

Le premier facteur de réussite réside dans la reconnaissance institutionnelle de la cellule d'ordonnancement. Celle-ci doit être clairement portée dans la gouvernance de l'établissement et disposer d'une légitimité suffisante pour coordonner les flux de patients entre les services. Cette reconnaissance institutionnelle suppose également que les décisions prises par la cellule soient respectées par l'ensemble des équipes médicales et soignantes.

Le second concerne la professionnalisation de la fonction d'ordonnancement. Les établissements ayant développé les organisations les plus efficaces disposent d'équipes dédiées et suffisamment dimensionnées, associant des profils médicaux, soignants et logistiques, capables d'assurer un pilotage opérationnel des flux hospitaliers. Cette fonction ne peut être exercée de manière efficace si elle repose uniquement sur des coordinations informelles ou sur des professionnels exerçant cette mission de manière accessoire.

Le troisième tient à l'existence d'outils numériques permettant une visibilité en temps réel des capacités d'hospitalisation. La disponibilité d'informations fiables sur l'occupation des lits, les sorties prévisionnelles ou les admissions programmées constitue un élément essentiel pour organiser les flux de patients de manière efficace. Certains établissements (CHU de Poitiers, CHU de Nancy) développent de véritables *command centers*.

Le quatrième repose sur l'existence de règles de fonctionnement partagées entre les services hospitaliers. L'élaboration de référentiels d'orientation ou de thésaurus de spécialités, validés par la communauté médicale, permet de limiter les négociations individuelles entre services et de sécuriser les décisions d'orientation des patients.

Enfin, l'efficacité des cellules d'ordonnancement dépend également de leur capacité à anticiper les flux hospitaliers. L'analyse des données d'activité et le développement d'outils de prévision permettent d'identifier les périodes de tension capacitaire et d'adapter l'organisation hospitalière en conséquence, notamment en modulant l'activité programmée ou en anticipant les sorties d'hospitalisation. Le développement d'outils d'aide à la décision reposant sur l'intelligence artificielle peut également constituer un levier important pour améliorer l'anticipation des flux hospitaliers.

3.3.8 Les freins et obstacles au déploiement des cellules d'ordonnancement.

Malgré les résultats positifs observés dans les établissements ayant mis en place des cellules d'ordonnancement structurées, leur déploiement reste encore limité et inégal selon les territoires. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces difficultés :

- le premier obstacle tient aux logiques organisationnelles historiquement centrées sur les services hospitaliers. Dans de nombreux établissements, la gestion des lits demeure largement pilotée à l'échelle de chaque service, ce qui peut rendre plus difficile l'acceptation d'un pilotage transversal des capacités d'hospitalisation. La mise en place d'une cellule d'ordonnancement suppose en effet d'accepter une forme de régulation collective des capacités hospitalières ;
- le deuxième frein concerne la disponibilité des moyens humains nécessaires au fonctionnement de ces cellules. Les établissements ayant développé des organisations efficaces disposent généralement d'équipes conséquences dédiées au pilotage des flux hospitaliers. Dans un contexte de tensions sur les ressources humaines hospitalières, la création de postes spécifiquement consacrés à cette mission peut constituer une difficulté ;
- le troisième obstacle réside dans l'hétérogénéité des outils d'information hospitaliers. La gestion en temps réel des capacités d'hospitalisation nécessite des systèmes d'information capables de fournir des données fiables et actualisées sur l'occupation des lits, les sorties prévisionnelles ou les admissions programmées. Or les établissements disposent encore de systèmes d'information parfois fragmentés, qui ne permettent pas toujours une vision consolidée des capacités disponibles ;
- le quatrième facteur limitant concerne la difficulté à disposer d'une date prévisionnelle de sortie dès l'admission des patients. Cette information constitue pourtant un élément essentiel pour anticiper la libération des lits et organiser les admissions futures. Dans de nombreux établissements, la date de sortie reste encore insuffisamment anticipée ou actualisée au cours du séjour, ce qui limite la capacité des cellules d'ordonnancement à prévoir les disponibilités en lits et à organiser efficacement les flux d'hospitalisation. Le repérage dès l'admission des situations à risque de dépendance entrainant des conséquences médicosociales est à ce titre déterminant ;
- enfin, la mise en place de cellules d'ordonnancement territoriales suppose une coordination renforcée entre établissements publics et privés. Cette coordination nécessite le partage d'informations capacitaires et la construction de règles communes d'orientation des patients, ce qui peut se heurter à des logiques organisationnelles ou institutionnelles différentes selon les établissements.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5) **:**

Imposer les cellules d'ordonnancement avec leur déclinaison territoriale dans le cadre des conditions technique d'autorisation pour les établissements dont les SAU réalisent plus de 25 000 passages/an ; les soutenir par des moyens *ad hoc* ; leur donner autorité sur l'attribution des lits ; y intégrer la prévision de flux par l'IA.

3.4 Généraliser les salons d'arrivée pour mieux organiser les entrées programmées et préserver les capacités en lits

3.4.1 Un outil organisationnel pour dissocier l'arrivée du patient de l'occupation du lit.

Les salons d'arrivée constituent un outil organisationnel permettant de dissocier le moment d'arrivée du patient dans l'établissement du moment de mobilisation effective du lit d'hospitalisation. Ce type d'organisation vise à éviter que des patients admis pour une hospitalisation programmée occupent un lit alors même que leur présence dans l'unité de soins n'est pas encore médicalement nécessaire.

Dans de nombreux établissements, les patients admis pour une chirurgie programmée arrivent encore la veille de leur intervention. Cette pratique conduit à mobiliser des lits d'hospitalisation pendant plusieurs heures, et jusqu'à plus de 24h, alors que les actes médicaux nécessaires peuvent être réalisés le jour même. La mise en place de salons d'arrivée, en appui du développement du J0, permet de rationaliser cette organisation en accueillant les patients dans un espace dédié avant leur intervention ou leur installation dans l'unité de soins.

3.4.2 Un dispositif particulièrement adapté aux hospitalisations programmées.

Les salons d'arrivée sont particulièrement adaptés aux hospitalisations programmées, notamment dans les filières chirurgicales. Ils permettent d'accueillir les patients quelques heures avant leur intervention, de réaliser les démarches administratives et médicales nécessaires et de préparer l'intervention sans mobiliser immédiatement une chambre d'hospitalisation.

A l'hôpital Lyon Sud des Hospices Civils de Lyon, les patients opérés en chirurgie conventionnelle arrivent environ deux heures avant leur intervention et sont accueillis dans un espace spécifique avant d'être conduits au bloc opératoire. Cette organisation permet de limiter l'occupation inutile des lits tout en améliorant la qualité de l'accueil des patients.

Des organisations comparables existent dans plusieurs établissements européens, où des espaces appelés « admissions lounges » permettent d'accueillir les patients avant leur hospitalisation. Dans ces espaces, une équipe soignante vérifie les éléments du dossier, réalise les dernières étapes de préparation et organise l'orientation vers le bloc opératoire ou l'unité d'hospitalisation lorsque cela est nécessaire.

3.4.3 Améliorer l'expérience patient tout en optimisant l'organisation hospitalière.

Ces espaces sont conçus comme des lieux d'accueil confortables, inspirés des salons d'aéroport ou des espaces d'attente améliorés. L'objectif est de proposer un environnement plus serein pour les patients qui attendent leur intervention, tout en permettant aux équipes hospitalières de préparer efficacement leur prise en charge.

Cette organisation contribue également à améliorer l'expérience patient en évitant des hospitalisations inutiles la veille de l'intervention. Elle permet aux patients de rester plus longtemps à domicile tout en garantissant un accueil structuré et organisé le jour de l'intervention.

Par ailleurs, la mise en place de salons d'arrivée permet de préserver les lits d'hospitalisation pour les patients qui en ont réellement besoin, notamment ceux admis en urgence. Elle contribue ainsi à améliorer la gestion globale des capacités hospitalières.

3.4.4 Conditions de réussite.

Les retours d'expérience montrent que l'efficacité des salons d'arrivée repose sur plusieurs conditions organisationnelles :

- la première concerne leur intégration dans l'organisation globale des parcours hospitaliers. Le salon d'arrivée doit être articulé avec la programmation des interventions, l'organisation des blocs opératoires et la gestion des lits.
- la deuxième concerne leur localisation au sein de l'établissement. Ces espaces doivent être situés à proximité des blocs opératoires ou des unités d'hospitalisation afin de faciliter les déplacements des patients et la coordination des équipes.
- enfin, la réussite de ces dispositifs repose sur la qualité de l'accueil proposé aux patients. L'aménagement d'espaces confortables et la présence d'équipes dédiées contribuent à améliorer l'expérience patient tout en facilitant l'organisation des flux hospitaliers.

3.5 Optimiser les capacités d'hospitalisation par les hôtels hospitaliers

Pour certains patients, notamment ceux résidant à distance importante de l'établissement de santé, la réalisation du trajet le jour même (J0) d'une intervention, d'une hospitalisation ambulatoire ou de soins répétés peut représenter une contrainte importante, source de fatigue, de stress et parfois de difficultés d'accès aux soins. Cette problématique est particulièrement marquée dans les territoires ruraux ou pour les centres de recours accueillant des patients provenant de zones éloignées.

Afin de sécuriser ces parcours et de favoriser le développement de l'ambulatoire, de nombreux établissements ont développé des solutions d'hébergement temporaire non médicalisé (hôtels hospitaliers). Ces dispositifs permettent à des patients autonomes, ne nécessitant pas de surveillance médicale continue, de séjourner à proximité de l'établissement avant ou après leur prise en charge.

Les modalités organisationnelles sont variées : chambres intégrées au sein de l'établissement, partenariats avec des hôtels ou résidences situés à proximité, ou encore recours à des structures associatives d'accueil. Ces solutions contribuent à améliorer le confort et l'expérience patient, réduire les contraintes liées aux transports, sécuriser certaines prises en charge ambulatoires et limiter des hospitalisations conventionnelles non médicalement nécessaires.

Au-delà du bénéfice pour les patients, ces organisations participent également à la fluidification des parcours hospitaliers et à une meilleure gestion des capacités d'hospitalisation, dans un contexte de tension croissante sur les lits et de développement des prises en charge ambulatoires.

3.6 Généraliser les salons de sortie pour libérer les lits plus tôt et fluidifier l'aval des urgences

3.6.1 Libérer les lits plus tôt dans la journée.

Dans de nombreux établissements, la tension sur les capacités d'hospitalisation ne tient pas uniquement à un manque absolu de lits disponibles. Elle résulte également du fait que les lits se libèrent souvent tardivement dans la journée. Les patients en attente aux urgences s'accumulent alors, non pas parce qu'aucune sortie n'est pas possible, mais parce que les sorties d'hospitalisation interviennent trop tardivement ou parce que leur organisation logistique est insuffisamment anticipée.

Dans ces situations, les lits restent occupés pendant plusieurs heures par des patients dont la sortie est déjà décidée sur le plan médical mais qui attendent encore l'organisation de leur transport, l'arrivée d'un proche ou la finalisation de certaines démarches administratives. Cette situation contribue à retarder la disponibilité des lits pour les patients en attente d'hospitalisation, notamment ceux provenant des services d'urgences.

3.6.2 Un dispositif simple pour améliorer la rotation des lits.

Les salons de sortie constituent un dispositif organisationnel relativement simple qui permet d'améliorer la rotation des lits hospitaliers. Ils permettent d'accueillir, dans un espace dédié, les patients dont la sortie est médicalement décidée mais qui ne peuvent pas encore quitter immédiatement l'établissement.

Dans ce type d'espace, les patients peuvent attendre dans des conditions confortables et sécurisées leur transport sanitaire, l'arrivée d'un accompagnant ou la finalisation de certaines démarches administratives. Pendant ce temps, le lit d'hospitalisation qu'ils occupaient peut-être remis à disposition pour un nouveau patient.

Cette organisation permet ainsi de dissocier le moment de la sortie médicale du moment du départ effectif de l'établissement. Elle contribue à libérer les lits plus tôt dans la journée et à améliorer la capacité d'accueil de l'hôpital pour les patients nécessitant une hospitalisation.

3.6.3 Une pratique largement développée dans plusieurs systèmes hospitaliers.

Les salons de sortie, souvent appelés *discharge lounges* dans les systèmes hospitaliers anglo-saxons, sont largement utilisés dans plusieurs pays pour améliorer la gestion des capacités hospitalières. Au Royaume-Uni, par exemple, ces espaces sont considérés comme un outil important de fluidification des parcours hospitaliers. Les patients sortants sont orientés vers ces espaces dès lors que leur sortie est confirmée médicalement.

3.6.4 Des expériences déjà mises en place en France.

Le CHU de Poitiers a mis en place un salon de sortie permettant d'accueillir les patients sortants en attente de transport sanitaire ou d'accompagnement. Le transfert des patients du service au salon est réalisé par le personnel du salon, ce qui évite une surcharge de travail au service.

Un dispositif similaire existe également dans les nouvelles urgences de l'hôpital Édouard-Herriot à Lyon, où un espace spécifique permet d'accueillir les patients dont la sortie est actée mais dont le départ effectif nécessite encore un temps d'organisation.

3.6.5 Conditions de réussite.

Si les salons de sortie constituent un dispositif relativement simple dans leur principe, leur efficacité repose sur une organisation structurée des sorties d'hospitalisation. Cela suppose notamment d'identifier précocement les patients susceptibles de sortir dans la journée, d'anticiper les démarches administratives et logistiques (idéalement la veille de la sortie), et de coordonner l'organisation des transports sanitaires. La présence d'une équipe dédiée, souvent infirmière, permet d'accompagner les patients dans cet espace et de sécuriser l'attente dans de bonnes conditions.

Ainsi, le salon de sortie ne constitue pas uniquement un espace physique. Il s'inscrit dans une culture institutionnelle d'anticipation des sorties et de gestion active des capacités hospitalières.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5) **:**

Généraliser les salons d'entrée et salons de sortie

3.7 Créer des cellules de parcours complexes

3.7.1 Des hospitalisations prolongées liées à des blocages non médicaux.

Certaines hospitalisations prolongées ne relèvent pas d'un problème médical mais d'une complexité sociale ou médico-sociale. Il peut s'agir de patients en attente d'une place en EHPAD, d'une solution d'hébergement, d'une décision judiciaire, d'une mise sous protection juridique ou de l'organisation de soins à domicile.

Dans ces situations, la durée d'hospitalisation se prolonge alors même que la prise en charge médicale aiguë est terminée. Les patients restent hospitalisés faute de solution de sortie immédiatement mobilisable. Cette situation mobilise durablement des lits de court séjour et contribue à réduire les capacités disponibles pour les patients nécessitant une hospitalisation, notamment ceux provenant des services d'urgences.

3.7.2 Des dispositifs de coordination déjà expérimentés dans plusieurs établissements.

À Nantes, une cellule de coordination d'aval composée d'infirmières de coordination et d'assistantes sociales intervient dans les services sur les situations complexes. Elle peut être sollicitée à la demande des équipes ou intervenir lorsque la durée moyenne de séjour d'un patient dépasse significativement la durée attendue. Son rôle consiste à accompagner les équipes pour identifier les freins à la sortie, et identifier et mobiliser les solutions disponibles sur le territoire.

À Poitiers, une commission mensuelle dédiée aux sorties complexes examine les situations de patients dont la sortie reste bloquée bien au-delà de la date médicale prévue. Cette commission réunit les acteurs hospitaliers concernés afin d'identifier précisément les facteurs de blocage, qu'ils soient administratifs, sociaux, médico-sociaux ou judiciaires, et d'organiser une réponse coordonnée avec les partenaires concernés. Il en est de même aux Hôpitaux Civils de Colmar où cette réunion se réunit par quinzaine dans l'attente d'une occurrence hebdomadaire.

3.7.3 Des unités dédiées aux patients en attente de solution.

Dans certains établissements, des unités spécifiques ont été créées pour accueillir des patients dont la prise en charge aiguë est terminée mais dont la sortie est empêchée par l'absence de solution adaptée. Ces patients, parfois désignés dans la littérature internationale comme des patients en situation de *delayed discharge* ou de *bed-blocking*, n'ont plus besoin de soins hospitaliers aigus mais ne peuvent pas encore être orientés vers une structure adaptée.

Cette problématique concerne principalement des personnes âgées en attente d'une place en établissement médico-social ou en soins médicaux et de réadaptation, mais elle peut également concerner des patients plus jeunes confrontés à des situations de précarité sociale, d'isolement, de logement inadapté, de troubles psychiatriques ou de difficultés administratives.

Dans ces unités, la prise en charge médicale et paramédicale est généralement plus légère que dans les unités de court séjour. Les assistantes sociales y jouent un rôle central afin d'organiser les solutions de sortie et de mobiliser les partenaires du territoire.

Dans certains établissements, lorsque ces unités sont saturées, un dispositif de répartition solidaire peut être mis en place. Les patients concernés sont alors répartis entre plusieurs services hospitaliers afin d'éviter qu'un seul service supporte durablement ces situations complexes.

3.7.4 Mieux anticiper les situations de sortie complexe.

Les retours d'expérience montrent que ces situations pourraient être mieux anticipées si les risques de sortie complexe étaient identifiés plus précocement au cours du séjour hospitalier.

Certaines organisations mettent ainsi en place des outils de repérage permettant d'identifier, dès l'admission ou dans les premiers jours d'hospitalisation, les patients susceptibles de rencontrer des difficultés de sortie. L'identification précoce de ces situations permet d'engager plus rapidement les démarches nécessaires auprès des partenaires médico-sociaux et sociaux et de limiter ainsi la durée des hospitalisations prolongées.

3.7.5 Renforcer l'articulation avec les partenaires du territoire.

La gestion des parcours complexes ne peut être assurée par les seuls établissements hospitaliers. Elle suppose une coordination étroite avec les acteurs du territoire.

Les cellules dédiées aux parcours complexes doivent ainsi pouvoir mobiliser rapidement les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les services d'aide et de soins à domicile, les structures d'hospitalisation à domicile, les établissements médico-sociaux, les structures de soins médicaux et de réadaptation, ainsi que les services municipaux et départementaux en charge de l'action sociale.

L'articulation avec les dispositifs de protection juridique, les services judiciaires et les acteurs du logement peut également s'avérer déterminante dans certaines situations particulièrement complexes.

3.7.6 Mettre en place des indicateurs de repérage et de suivi des sorties complexes.

Dans plusieurs systèmes hospitaliers étrangers, notamment au Royaume-Uni et au Canada, les hospitalisations prolongées liées à des difficultés de sortie font l'objet d'un suivi spécifique à travers des indicateurs dédiés. Les patients dont la prise en charge médicale aiguë est terminée mais qui restent hospitalisés faute de solution adaptée sont ainsi identifiés comme des situations de *delayed discharge*.

Ces situations sont suivies à l'aide d'indicateurs permettant de mesurer le nombre de patients concernés, la durée moyenne de blocage des sorties et les causes principales des retards. Les facteurs les plus fréquemment identifiés concernent l'attente d'une place en établissement médico-social, l'organisation d'une prise en charge à domicile, les délais administratifs ou certaines procédures judiciaires.

L'utilisation de tels indicateurs permet d'objectiver l'ampleur du phénomène, d'identifier les causes principales de blocage et de mobiliser plus efficacement les acteurs concernés. Elle contribue également à inscrire la gestion des sorties complexes dans une logique de pilotage

institutionnel, en permettant aux établissements et aux autorités sanitaires de suivre l'évolution de ces situations dans le temps.

Dans cette perspective, la mise en place d'indicateurs de repérage des sorties complexes pourrait utilement compléter l'action des cellules dédiées aux parcours complexes. Ces indicateurs permettraient d'identifier plus rapidement les situations à risque, d'en suivre l'évolution et d'évaluer l'efficacité des actions mises en place pour faciliter les sorties d'hospitalisation.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5) **:**

Généraliser les cellules de parcours complexes

3.8 Développer les équipes mobiles spécialisées

3.8.1 Un levier efficace pour améliorer la coordination des parcours.

Les équipes mobiles spécialisées constituent un outil particulièrement efficace pour améliorer la coordination des parcours de soins. Elles peuvent intervenir au domicile des patients, dans les maisons de santé, en EHPAD, dans les structures médico-sociales, aux urgences ou dans les services hospitaliers afin d'évaluer les situations cliniques et de proposer la solution de prise en charge la plus adaptée.

Ces équipes permettent d'apporter une expertise spécialisée au plus près des patients et des professionnels de santé, sans imposer systématiquement un transfert vers l'hôpital ou une hospitalisation. Elles contribuent ainsi à améliorer l'orientation des patients dans le système de soins, à prévenir certaines hospitalisations évitables et à faciliter les sorties d'hospitalisation lorsque des avis spécialisés sont nécessaires.

3.8.2 L'exemple des équipes mobiles gériatriques.

Les équipes mobiles gériatriques constituent aujourd'hui le modèle le plus développé de ce type d'organisation. Dans de nombreux territoires, elles interviennent en appui des médecins de ville, des EHPAD, des services hospitaliers et des services d'urgences afin d'évaluer la situation des patients âgés et de proposer des orientations adaptées.

À Valenciennes, l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière intervient systématiquement aux urgences et dans les services hospitaliers afin d'évaluer les patients âgés et de proposer des alternatives adaptées, telles qu'une consultation gériatrique, une hospitalisation de jour ou une orientation vers une structure médico-sociale.

Ces organisations montrent qu'une équipe mobile peut agir à la fois comme un filtre expert, un outil d'évaluation rapide et un facilitateur d'orientation vers les structures les plus adaptées.

7.3. Diversifier les équipes mobiles spécialisées.

Au-delà de la gériatrie, plusieurs spécialités ont développé des équipes mobiles permettant d'apporter une expertise spécialisée directement auprès des patients ou des équipes soignantes.

Les équipes mobiles de psychiatrie interviennent notamment aux urgences, dans les services hospitaliers ou dans les structures médico-sociales afin d'évaluer les situations de crise ou de désorganisation psychique pour les SU à activité psychiatrique modérée.

Dans le domaine des soins palliatifs, les équipes mobiles de soins palliatifs apportent une expertise spécialisée auprès des patients hospitalisés, mais également au domicile ou en EHPAD. Elles contribuent à améliorer la prise en charge des situations complexes et permettent parfois d'éviter des hospitalisations non souhaitées en facilitant le maintien à domicile.

Certaines équipes mobiles interviennent également en médecine interne ou en infectiologie afin d'apporter un avis spécialisé rapide dans des situations diagnostiques ou thérapeutiques complexes.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5) **:**

Développer les équipes mobiles spécialisées

3.9 Faire des transports sanitaires un levier de fluidification

Les transports sanitaires constituent un maillon essentiel de la fluidité du parcours hospitalier et de la gestion des flux de patients au sein du système de soins. Leur disponibilité et leur organisation conditionnent directement la capacité des établissements à assurer des sorties rapides d'hospitalisation, à organiser des transferts inter-établissements et à éviter les situations de saturation, notamment dans les services d'urgence.

Dans de nombreux territoires, les retards ou les indisponibilités de transport sanitaire contribuent de manière significative à l'allongement des durées de séjour hospitalier. Ces difficultés peuvent retarder la sortie de patients médicalement prêts à quitter l'hôpital ou ralentir les transferts vers des structures d'aval (services de soins de suite et de réadaptation, établissements médico-sociaux, hospitalisation à domicile). Elles participent ainsi indirectement à la réduction des capacités d'accueil hospitalières et à l'engorgement des services d'urgence.

Dans ce contexte, une meilleure coordination entre les établissements de santé, les plateformes de régulation et les opérateurs de transport sanitaire apparaît nécessaire. Cette coordination doit permettre d'anticiper les besoins de transport, de sécuriser les sorties d'hospitalisation et d'organiser plus efficacement les transferts inter-établissements. Elle suppose également une meilleure visibilité sur les ressources disponibles sur le territoire, ainsi qu'une organisation partagée entre les acteurs hospitaliers et les transporteurs.

Le développement d'outils de régulation territoriale ou de plateformes de gestion des transports pourrait constituer un levier d'amélioration, en facilitant la planification des transports et en optimisant l'utilisation des moyens disponibles.

4. Renforcer la place de l'Hospitalisation à Domicile

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) constitue aujourd'hui l'une des principales alternatives à l'hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Elle permet de prendre en charge, au domicile des patients, des situations médicales complexes nécessitant des soins coordonnés et souvent techniques, tout en évitant ou en raccourcissant une hospitalisation complète.

En 2024, l'activité d'HAD repose sur 281 établissements autorisés, ayant réalisé plus de 7,6 millions de journées d'hospitalisation, correspondant à plus de 309 000 séjours et 183 000 patients pris en charge. L'activité connaît une progression régulière et représente aujourd'hui un levier important de transformation du système de soins.

Son rôle dans la gestion des tensions hospitalières a également été mis en évidence lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19, durant laquelle l'HAD a permis d'éviter ou de raccourcir certaines hospitalisations conventionnelles pour des patients ne nécessitant pas de soins critiques.

4.1 Quatre leviers de développement pour renforcer l'impact de l'HAD

4.1.1 Développer la présence de l'HAD dans les services d'urgences

La présence d'infirmiers de liaison HAD au sein des services d'accueil des urgences permet d'identifier précocement les patients susceptibles d'être pris en charge à domicile.

Au CHU de Nîmes, par exemple, un infirmier de liaison HAD intervient directement dans le service des urgences afin d'évaluer les patients éligibles à une prise en charge à domicile. Ce dispositif permet d'organiser un retour direct au domicile pour certains patients, évitant une hospitalisation conventionnelle. Plusieurs centaines de patients ont ainsi pu bénéficier d'une orientation directe vers l'HAD ces dernières années.

4.1.2 Permettre une mobilisation directe de l'HAD par le SAMU

Le dispositif **SAMU-HAD**, expérimenté en région Centre-Val de Loire, permet au SAMU, en l'absence de médecin traitant disponible, de mobiliser directement une équipe d'HAD pour intervenir au domicile d'un patient ou en EHPAD afin d'éviter aux patients fragiles, polypathologiques ou en soins palliatifs un passage souvent délétère par les urgences.

Selon la situation, l'HAD assure une régulation téléphonique approfondie ou dépêche sur place un binôme médecin-infirmier équipé pour un examen complet. Une prise en charge en HAD peut être mise en œuvre immédiatement lorsque la situation le permet. Une initiative qui illustre pleinement la capacité de l'HAD à désengorger les urgences tout en renforçant la continuité des soins de proximité.

4.1.3 Anticiper les situations à risque dans les établissements médico-sociaux

Les évaluations anticipées en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) constituent un autre levier important pour prévenir les décompensations et éviter des transferts aux urgences. Elles sont réalisées pour des résidents en EHPAD dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance (phase palliative ou pathologies chroniques avec risque de décompensation symptomatique) et qui ont émis le souhait de ne pas être transférés à l'hôpital ou pour lesquels les équipes de soins ont posé la conduite à tenir après discussion collégiale. En cas de dégradation de l'état de santé du patient, l'intervention de l'HAD peut être organisée plus rapidement, évitant ainsi des transferts hospitaliers souvent inadaptés pour des personnes âgées et fragiles.

L'évaluation anticipée n'est possible que si elle répond aux critères suivants :

- Le projet d'hospitalisation envisagé doit répondre aux critères d'éligibilité d'une prise en charge en HAD ;
- L'évaluation anticipée est réalisée sur demande de l'EHPAD et après décision collégiale médicale (médecin traitant, médecin coordonnateur de l'EHPAD et médecin praticien d'HAD) ;
- Le consentement du résident, de la personne de confiance, de la famille ou du référent (tuteur) a été recueilli.

Une fois l'évaluation anticipée réalisée, le dossier administratif est créé et les médecins se concertent sur l'élaboration du projet de soins personnalisé et des prescriptions anticipées. Cette évaluation est régulièrement actualisée au travers d'échanges entre les équipes de l'HAD et de l'EHPAD. Plus de 9 000 évaluations anticipées ont été réalisées en 2024, avec une progression importante de leur utilisation.

4.1.4 Déployer des équipes rapides d'intervention en soins palliatifs

Dans le cadre de la stratégie nationale des soins palliatifs, des équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) ont été déployées au sein de certaines structures d'HAD.

Ces équipes peuvent intervenir très rapidement au domicile de patients en situation palliative aiguë, souvent en moins de quatre heures. Elles permettent de répondre à des situations d'urgence palliative sans recourir à une hospitalisation conventionnelle ou à un passage aux urgences, tout en respectant le souhait de nombreux patients de rester à domicile en fin de vie.

Depuis leur déploiement en 2025, plusieurs milliers de patients ont déjà bénéficié de l'intervention de ces équipes.

4.2 Une modalité encore insuffisamment mobilisée

Malgré ces dispositifs, le potentiel de l'HAD demeure encore insuffisamment mobilisé dans de nombreux territoires. Son impact apparaît maximal lorsque l'HAD est intégrée précocement dans le parcours hospitalier, lorsque des protocoles partagés existent entre les services d'urgences, les établissements médico-sociaux et les structures d'HAD, et lorsqu'une évaluation systématique d'une alternative à l'hospitalisation conventionnelle est réalisée dans les premières heures d'hospitalisation.

4.2.1 Un cadre réglementaire structurant mais parfois limitant

L'hospitalisation à domicile est encadrée par un cadre réglementaire précis, qui définit les conditions dans lesquelles une prise en charge peut être réalisée au domicile du patient.

Plusieurs critères doivent être réunis pour qu'une admission en HAD soit possible :

- l'état de santé du patient doit nécessiter des soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés, comparables à ceux qui seraient réalisés lors d'une hospitalisation avec hébergement. L'HAD ne peut donc pas se substituer à une simple organisation de soins de ville ou à une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile ;
- la prise en charge doit également reposer sur l'élaboration d'un projet thérapeutique structuré, impliquant une coordination entre médecins hospitaliers, médecins traitants, équipes paramédicales et intervenants à domicile ;
- l'intervention d'une équipe d'HAD suppose par ailleurs l'existence de conditions matérielles et sociales compatibles avec une prise en charge au domicile, notamment en matière de sécurité, d'accessibilité du logement et de présence d'un environnement permettant l'organisation des soins ;
- enfin, la mise en place d'une hospitalisation à domicile nécessite l'accord du patient et de son entourage, ainsi que l'existence d'un médecin traitant impliqué dans le suivi médical.

Ce cadre réglementaire vise légitimement à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge réalisées à domicile. Toutefois, dans certaines situations, il peut constituer un frein à la

mobilisation rapide de l'HAD dans les parcours de soins, notamment dans le contexte des urgences.

4.2.2 Des contraintes qui limitent parfois le recours à l'HAD

Plusieurs limites ont été identifiées dans l'utilisation de l'HAD comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle.

Les conditions sociales et environnementales du domicile, des situations de précarité, d'isolement ou de logement inadapté peuvent rendre difficile la mise en place d'une hospitalisation à domicile, même lorsque l'état clinique du patient serait compatible avec une prise en charge hors de l'hôpital.

La méconnaissance des capacités réelles de l'HAD par certains professionnels hospitaliers et l'absence d'intégration systématique de l'HAD dans les organisations hospitalières contribuent à limiter son recours.

4.2.3 Pistes d'évolution pour lever ces freins

Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour favoriser une mobilisation plus large de l'HAD :

- la première consisterait à renforcer l'évaluation précoce de l'alternative HAD dans les services hospitaliers, en particulier dans les services d'urgences et dans les services de médecine. La généralisation d'infirmiers de liaison HAD ou d'équipes de parcours dédiées pourrait permettre d'identifier plus rapidement les patients éligibles ;
- une seconde évolution pourrait porter sur l'assouplissement de certaines modalités organisationnelles, notamment en facilitant la mise en place d'une HAD dans des situations intermédiaires nécessitant une surveillance médicale renforcée mais ne relevant pas strictement d'une hospitalisation conventionnelle ;
- il pourrait également être envisagé de développer des dispositifs hybrides associant HAD et accompagnement médico-social, permettant de prendre en charge des patients dont les difficultés relèvent autant de problématiques sociales que médicales ;
- enfin, le développement de protocoles territoriaux partagés entre services d'urgences, établissements d'HAD, EHPAD et dispositifs d'appui à la coordination pourrait favoriser une mobilisation plus rapide et plus systématique de l'HAD dans les parcours de soins.

4.2.4 Exemples de situations dans lesquelles l'HAD pourrait être davantage mobilisée en aval des urgences

Plusieurs situations cliniques ou organisationnelles rencontrées quotidiennement dans les services d'urgence pourraient faire l'objet d'une mobilisation plus systématique de l'HAD :

- Antibiothérapies intraveineuses chez des patients âgés stabilisés :
  Des patients admis aux urgences pour des infections nécessitant une antibiothérapie intraveineuse selon les recommandations nationales sont fréquemment hospitalisés alors que leur état clinique est stabilisé. Dans ces situations, l'HAD peut permettre la poursuite du traitement à domicile, avec un suivi médical et infirmier adapté ;
- Situations palliatives aiguës :
  Les patients en fin de vie sont encore fréquemment orientés vers les urgences lors d'une dégradation clinique ou d'une symptomatologie aiguë. La mobilisation rapide d'équipes

d'HAD, notamment dans le cadre des équipes rapides d'intervention en soins palliatifs, permet de prendre en charge ces situations au domicile, dans des délais courts, tout en respectant le souhait de nombreux patients de rester à domicile ;

- Décompensations de pathologies chroniques en EHPAD :
  De nombreuses hospitalisations de résidents d'EHPAD sont liées à des épisodes infectieux ou à des décompensations de pathologies chroniques pouvant être prises en charge sur place avec un renforcement temporaire des soins. L'intervention de l'HAD permet alors d'assurer des soins techniques (antibiothérapie, hydratation, soins complexes) tout en évitant un transfert vers les urgences ;
- Sorties précoces après hospitalisation :
  L'HAD peut permettre d'organiser des sorties anticipées pour des patients médicalement stabilisés mais nécessitant encore des soins techniques ou une surveillance rapprochée, contribuant ainsi à libérer plus rapidement des lits d'hospitalisation ;
- Patients à recours fréquent aux urgences :
  Certains patients atteints de maladies chroniques complexes ou présentant des difficultés sociales recourent fréquemment aux services d'urgence. Dans ces situations, une mobilisation ponctuelle de l'HAD, en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les professionnels de ville, peut contribuer à stabiliser la situation clinique du patient et à limiter les réadmissions répétées aux urgences.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°5)

Renforcer l'HAD en élargissant et simplifiant son cadre d'intervention

Recommandation forte n°5 :

Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours patients (SAMU-SAS, réorientation avant ou au SU, unité d'évaluation médicale rapide, numéros d'appel d'avis séniorisés, hospitalisation d'accès direct, cellules d'ordonnancement et leur déclinaison territoriale, salons d'entrée-sortie, cellules de parcours complexes, équipes mobiles spécialisées, recours à l'HAD, *etc.*).

Rendre obligatoire le déploiement des cellules d'ordonnancement dans le cadre de l'autorisation d'un SAU pour les établissements avec plus de 25 000 passages/an.

Axe 4 : Faire évoluer l'offre hospitalière vers une plus grande capacité de prise en charge polyvalente, intégrée dans une organisation plus agile avec les spécialités d'organe et favorisée par une formation médicale et paramédicale basée sur les besoins de santé publique

1. Analyse des besoins.

1.1 Conséquences des différentes réformes des études médicales

Plusieurs réformes des études médicales ont été engagées ces dix dernières années : le troisième cycle puis le deuxième, ainsi que l'accès aux études médicales (loi du 24/07/2019). Leur évaluation est plus que mitigée. L'objectif d'améliorer la professionnalisation des jeunes médecins par la réforme du 3è cycle aboutit à l'exacerbation d'un exercice hyper spécialisé en silo ne répondant qu'imparfaitement aux besoins de santé à venir. La formation du deuxième cycle n'aboutit pas suffisamment à l'acquisition de compétences y compris du savoir être au-delà des connaissances. L'accès aux études est d'une complexité telle qu'elle a rapidement amené à des mesures correctives dont on verra si elles résolvent le problème. L'évaluation même des besoins en professionnel projetés à 10, 20 ou 30 ans n'est pas clairement posée. L'augmentation importante de jeunes médecins en formation n'est pas suffisamment confrontée aux évolutions démographiques, aux mutations des pratiques, à l'émergence de nouveaux métiers dans un continuum qui affectera durablement la place et le rôle des professionnels en santé ; elle n'aboutira qu'en 2035 à ces premiers effets venant alors à contre temps de la réalité des besoins. Ce déficit de vision à moyen et long terme hypothèque l'avenir et nécessite une réelle réflexion de fond pour laquelle d'innombrables données sont disponibles au sein des hôpitaux, de la CNAM, du Conseil de l'Ordre…

Un certain nombre de constats s'imposent :

- Compte tenu de l'absence d'un socle commun polyvalent de formation les spécialistes d'organe ne sont plus aptes à gérer la polypathologie complexe de patients le plus souvent âgés ;
- Le nombre de gériatres et d'internistes actuellement formés ne peuvent répondre à eux seuls à la demande présente et à venir ;
- L'augmentation importante de jeunes médecins en formation et leur tropisme pour les grandes métropoles imposent une nécessaire universitarisation des territoires afin d'élargir « l'assiette » des lieux de formation dans le cadre d'un réseau animé par les doyens et les coordonnateurs de DES de la subdivision. En effet, il a été démontré que l'installation des généralistes se faisait le plus souvent dans le territoire d'origine ou de formation ;
- L'apprentissage de l'exercice coordonné et de la pluriprofessionnalité n'est pas suffisamment pris en compte.

1.2 État des lieux des prises en charge hospitalières et en ville

A l'hôpital, ces évolutions démographiques, dont on aborde à peine l'accélération exponentielle, se sont heurtées à une mutation des pratiques médicales inadaptée et amplifiée par ces réformes récentes. Historiquement, ces patients polypathologiques complexes, souvent âgés, étaient pris en charge par les médecins de spécialité dans leur service car l'acquisition d'un socle commun de

connaissance médicale y suffisait. Concomitamment les internistes ont toujours eu cette pratique dans leur champ d'exercice. Ils ont toujours assuré l'aval des services d'urgence et une part majoritaire des flux d'hospitalisation non programmée. Le choix fait il y a plusieurs décennies d'une formation et d'une pratique hyper-spécialisée et technique au détriment d'une formation et d'une pratique plus globale, plus holistique n'a pas anticipé ce besoin de santé publique désormais prégnant. Si le bienfait d'une formation à une médecine de très haut niveau est indiscutable l'occultation de tout un champ de médecine généraliste et polyvalente est délétère ce d'autant que ces deux visions sont complémentaires et indispensables l'une à l'autre. Nos jeunes collègues spécialistes d'organe ne se sentent plus compétents pour ces prises en charge complexes, revendiquent la possibilité de mettre en pratique ce à quoi ils ont été formés et n'hésitent plus à aller exercer là où ces conditions sont remplies. Les organisations hospitalières, majoritairement construites sur ce schéma (trop de lits spécialisés par rapport au nombre de lits « polyvalents »), ne sont plus en capacité d'absorber le flux montant de cette population insuffisamment anticipée qui, de fait, s'accumule dans les services d'urgence par manque de lit d'aval.

La médecine de ville est quant à elle confrontée à des difficultés démographiques et organisationnelles déjà évoquées au chapitre 1.6.

Concomitamment la formation des médecins généralistes s'est focalisée sur l'apprentissage de l'exercice ambulatoire au détriment du métier médical en appauvrissant l'expérience hospitalière des internes en formation pourtant indispensable à la bonne gestion de ces cas complexes.

La conséquence ultime en est une difficulté majeure dans l'amont et l'aval de l'hôpital pour trouver le relai permettant d'éviter l'hospitalisation ou le retour à domicile sécurisé.

1.3 La médecine polyvalente hospitalière

Cette transformation des besoins de santé a révélé la place désormais majeure de l'exercice de la médecine polyvalente hospitalière au sein de nos organisations. Si elle n'est pas une spécialité reconnue par un DES dédié mais seulement par une FST, elle est pratiquée par environ 15000 médecins dit « polyvalents » mais aussi par 6000 gériatres et 2700 internistes. Ces deux dernières spécialités l'assument pleinement en aval des SU dans leurs unités qu'elles soient de médecine interne ou de gériatrie aigue. Mais la médecine polyvalente s'exerce aussi et de plus en plus dans d'autres secteurs :

- services de spécialités d'organe médicales ou chirurgicales où ils assurent la prise en charge quotidienne de la polypathologie complexe pour libérer du temps aux spécialistes d'organe compte tenu des difficultés démographiques de certaines spécialités et de l'orientation très spécialisée décrite plus haut ;
- services d'urgence en concourant à la garde ou dans les services de post-urgences immédiats ;
- services de psychiatrie pour la prise en charge somatique des patients ;
- services d'addictologie ;
- SMR, en particulier polyvalents ;
- hôpitaux de proximité ;
- HAD….

Par ailleurs, ces praticiens se distinguent par une excellente connaissance du tissu des acteurs extra-hospitaliers.

En dehors des internistes et des gériatres la très grande majorité des praticiens la pratiquant sont issus de la filière de médecine générale parfois de la médecine d'urgence lors de reconversion après plusieurs années d'exercice. Leur formation est très hétérogène et la réalisation de leur DPC quasi impossible en raison d'une inadéquation entre leur spécialité d'exercice et leur spécialité ordinale. Une reconnaissance de leur positionnement, une clarification de leur mission et une consolidation de leur formation est incontournable.

2. Propositions.

2.1 Restructurer les établissements de santé autour d'unités polyvalentes

Les prises en charge hospitalières spécialisées s'organisent de plus en plus autour d'alternatives à l'hospitalisation complète (HdJ, consultations…) même si dans les CHU et les grands CH des hospitalisations complètes perdurent pour les patients les plus sévères. Dès aujourd'hui mais plus encore demain l'hospitalisation complète sera quasi exclusivement dédiée aux patients polypathologiques le plus souvent âgés non programmés.

Nous devons changer de paradigme en organisant nos hôpitaux autour de grandes unités de médecine interne ou polyvalente.

D'abord dans la structure capacitaire en créant ou en agrandissant les services de médecine interne ou polyvalente et en réduisant les lits de spécialités. Le placement du curseur dépendra de la taille et des missions des différents ES : aux CHU et grands CH de support le maintien d'un certain nombre de lits spécialisés, aux ES de petite et moyenne taille et *a fortiori* aux établissements de proximité une organisation majoritairement ou exclusivement polyvalente. Ceci traduira la gradation de l'offre de soins sur le territoire.

Ensuite, dans l'organisation médicale des établissements de santé. Ces services doivent bénéficier d'un concours efficient des spécialistes d'organe par un accès privilégié aux avis et examens complémentaires spécialisés (imagerie, explorations cardiovasculaires, endoscopies, *etc*.). Cette fluidité permettra des gains de temps et donc de durée d'hospitalisation. Elle recentrera la médecine d'organe sur la haute valeur ajoutée qu'elle produit tout en instituant une collégialité de fait, indispensable à la bonne prise en charge des patients. Elle concrétisera la prise en compte par toute la communauté hospitalière de l'enjeu crucial que représente ce défi démographique. Ce principe trouvera son expression territoriale au travers d'équipes médicales de territoires dont la mission est de diffuser cette expertise indispensable dans les établissements de santé ne disposant plus ou peu d'équipes de spécialité.

Ces unités de médecine polyvalente pourront être animées par des internistes, des gériatres, des médecins polyvalents. Elles devront bénéficier d'un solide service social en raison de l'intrication des problématiques médicales et sociales de plus en plus fréquentes.

Elles nécessitent une reconnaissance de la charge particulièrement lourde en soins par la constitution d'équipes médicales et paramédicales suffisamment dimensionnées garantes d'une meilleure prise en charge, d'une diminution de la mortalité mais aussi d'une meilleure fluidité du parcours.

Ces services sont différents des unités d'hébergement de très courte durée (Unités d'Aval des Urgences) ou dit de diagnostic rapide dont la vocation est une prise en charge de 3-4 jours pour des patients dont la pathologie et le contexte social permettent d'envisager la sortie dans ce laps de temps.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°6) **:**

Organiser les établissements de santé autour d'unités de médecine polyvalente ou de médecine interne destinés aux patients non programmés, dont la taille et l'équilibre avec les services de spécialités dépendent de la taille et de la vocation de l'établissement de santé (CHU, gros CH, CH de petite et moyenne taille, hôpitaux de proximité).

2.2 Organiser l'avis spécialisé et le recours aux plateaux spécialisés

Cette nouvelle architecture impose une réelle collaboration entre praticiens, organisée et reconnue comme étant gagnante-gagnante : possibilité de pratiquer exclusivement sa spécialité au prix d'une réponse rapide aux sollicitations.

Nous proposons d'instituer un contrat de liaison entre ces différents services pour inscrire cette organisation dans une contractualisation partagée et évaluée régulièrement. Elle définit les modalités de recours aux avis et aux plateaux techniques, les obligations des uns et des autres et les indicateurs de suivi.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°6) **:**

Obligation d'un contrat de liaison entre services « polyvalents » et spécialités d'organe déterminant l'accès aux plateaux médico-techniques et la dispensation des avis spécialisés dans la structure.

2.3 Construire une politique de formation médicale et paramédicale basée sur les besoins de santé publique et l'interprofessionnalité

2.3.1 Évaluer les besoins et refonder la formation de médecine polyvalente hospitalière.

Il est indispensable d'évaluer par territoire (de GHT ?) les besoins en médecins polyvalents, quelle que soit leur origine de qualification (internistes, gériatres, généralistes polyvalents hospitaliers), dans un souci de gradation des soins. Ceci doit s'intégrer dans une politique de GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétence) permettant aussi une évaluation prospective des besoins en médecine de spécialité nécessaire à une bonne prise en charge globale. En 2019 l'ONDPS estimait à 10839 le nombre de praticiens pratiquant la médecine polyvalente hospitalière ; en 2023 la Société Française de Médecine Polyvalente l'estimait à environ 15000. Parallèlement le CNOM dénombrait en 2023, 2718 internistes en fonction ainsi que 2929 gériatres mais plus de 5000 médecins ayant une activité principale de gériatrie. (3/5 issu du DES et 2/5 de la capacité de gériatrie). Les sociétés savantes de ces deux spécialités demandent une augmentation franche (x2) des effectifs d'interne ce qui permettrait d'une part d'enrichir par des internistes les unités de médecine polyvalente et d'autre part d'accroitre l'accès à l'expertise gériatrique. Cette évolution, si elle advenait, ne répondrait pas suffisamment aux besoins croissants décrits plus haut (démographie, multiplicité des sites où les médecins polyvalents interviennent…).

La formation des médecins polyvalents est hétérogène : médecine générale, DES de médecine interne ou de gériatrie, médecine d'urgence (avant le DESMU). Cette médecine exigeante requiert une formation hospitalière solide en particulier lorsqu'elle est exercée en centre hospitalier et à temps plein. Quatre voies semblent pertinentes :

- La médecine générale, en débutant le troisième cycle par deux années communes, hospitalières, à l'issue desquelles le jeune médecin choisira soit une voie ambulatoire soit une voie hospitalière pour les deux années restantes. Cela permettrait d'acquérir une bonne connaissance et pratique des polypathologies complexes que les uns et les autres auront majoritairement à assumer
- La médecine interne en augmentant sensiblement le nombre d'internes qui partageraient là-aussi un socle commun puis une orientation après la deuxième année soit vers l'immunologie clinique soit vers la médecine interne polyvalente (que ce soit dans le cadre d'un DES commun ou d'un co-DES)
- La création d'une 45ème spécialité dite de médecine polyvalente hospitalière ou médecine générale hospitalière ou médecine holistique… spécialité exclusivement tournée vers cette activité. Elle se heurte au fait de créer un nouveau silo là où l'on recherche de la transversalité.

(L'une ou l'autre de ces filières permettraient ainsi de former suffisamment de praticiens dédiés à cette activité. Elle nécessite une refonte de la réforme du troisième cycle ; ces effets seraient au mieux perçus d'ici 5 à 6 ans.)

- La FST de médecine polyvalente, effective depuis 2022, offre une formation complémentaire d'un an principalement préemptée par des généralistes. En raison du peu de stages hospitaliers qu'ils effectuent dans leur cursus leur expérience des polypathologies complexes est faible et cette année supplémentaire ne semble pas suffisante pour exercer en service hospitalier exclusivement. Elle correspond plutôt à des profils travaillant en hôpital de proximité sous forme d'exercice mixte ville hôpital. Le nombre de candidats est important et dépasse le nombre de postes offerts (150 en 2025). Il y a donc une réelle appétence d'un certain nombre de nos jeunes collègues généralistes pour l'exercice hospitalier. On pourrait la faire évoluer en la passant à deux années et en augmentant le quota de candidats. Cela permettrait d'augmenter rapidement le nombre de médecins formés. La difficulté viendra de l'absence de spécialité formelle reconnue ce qui nécessitera d'être pris en compte dans le cadre de la certification périodique.

Quelle que soit la solution choisie il est indispensable de la mettre en chantier très rapidement.

Proposition (*cf. infra* recommandation n°6) **:**

Évaluer les besoins et refonder la formation de médecine polyvalente hospitalière

Recommandation forte n°6

Organiser les établissements de santé autour d'unités de médecine polyvalente ou de médecine interne destinés aux patients non programmés, dont la taille et l'équilibre avec les services de spécialités dépendent de la taille et de la vocation de l'établissement (CHU, gros CH, CH de petite et moyenne taille, hôpitaux de proximité). Définir par un contrat de liaison entre services polyvalents et spécialités d'organe l'accès aux plateaux médico-techniques et la dispensation des avis spécialisés dans la structure. Évaluer les besoins et refonder la formation de médecine polyvalente hospitalière

2.3.1 Privilégier les spécialités transversales (médecine générale, médecine interne, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, médecine d'urgence) en augmentant préférentiellement leurs effectifs lors de la majoration du nombre d'internes à venir.

La détermination des quotas d'interne en formation par spécialité souffre d'une réelle opacité et d'une concurrence entre spécialités pas forcément guidée par les besoins de santé publique. L'ONDPS et ses déclinaisons régionales devraient s'attacher à une réelle analyse des besoins de la population pour la diffuser et en faire la base d'une discussion argumentée.

L'augmentation sensible de médecins en formation devrait se traduire par une augmentation davantage ciblée sur les besoins prioritaires de santé publique en particulier ceux liés aux spécialités transversales. En 2025, 8919 postes sont ouverts au titre de l'année universitaire 2025-2026 ce qui correspond à 12% d'augmentation par rapport à l'année précédente (arrêté du 09/07/2025). Lorsque l'on analyse la répartition par spécialités on constate que la médecine interne, la gériatrie et la médecine d'urgence progressent moins avec respectivement 10% (de 114 à 125), 9% (de 163 à 177), et 9% (de 416 à 455) d'augmentation quand dans le même temps la chirurgie plastique augmente de 79% (de 14 à 25), l'ophtalmologie de 20% (de 126 à 151) et la médecine vasculaire de 23% (de 40 à 49). Seule la psychiatrie voit son effectif augmenter de 15%.

Proposition 3

Privilégier en augmentant préférentiellement les effectifs, les spécialités transversales (médecine générales, médecine interne, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, médecine d'urgence) lors de la majoration du nombre d'interne à venir

2.3.2 Promouvoir l'interprofessionnalité et développer un continuum de métiers complémentaires

2.3.2.1 Apprendre dès la formation de chaque métier à travailler en équipe pour mieux coordonner les différentes logiques professionnelles

Le système de formation français repose sur une logique de professionnalisation par métier : médecin, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, ergothérapeute, *etc*. Chacun développe une identité forte centrée sur ses compétences propres. Ces compétences coordonnées apportent la performance et la réponse aux besoins en soins des patients. Cette réponse adaptée et optimisée s'appuie sur la dimension de l'équipe qui nécessite une synchronisation, une prévention des interruptions de prise en charge, une compréhension des différentes logiques, une connaissance coordonnée de la gestion des risques. Elle est garante d'une meilleure qualité des soins, d'une meilleure dynamique de groupe et *in fine* d'une meilleure fluidité des parcours pouvant permettre une plus grande efficience.

Bien que la pluridisciplinarité commence à intégrer les instituts de formations en soins infirmiers en coordination avec les facultés de médecine, les espaces d'apprentissages collectifs pluridisciplinaires restent encore trop restreints.

Tout en gardant la singularité de chaque métier, il paraîtrait intéressant de construire des savoirs communs sur des champs communs comme :

- l'éthique du soin et la relation avec le patient ;
- la compréhension des parcours de santé ;

- la sécurité des soins ;
- la communication interprofessionnelle ;
- la coordination et le travail en équipe, la synchronisation des activités ;
- la santé publique et la prévention.

Plusieurs pistes peuvent être envisagées :

- Développer des enseignements communs en créant des modules partagés entre différentes filières : éthique, santé publique, communication, travail en équipe, coordination des soins ;
- Mettre en place des expériences de formation interprofessionnelles : travaux dirigés mixtes, simulations cliniques interprofessionnelles, stages collaboratifs ;
- Développer des espaces universitaires communs.

Comprendre et se coordonner autour des parcours patients nécessite cette collaboration entre les différents acteurs du soin. Se connaître et apprendre à travailler ensemble dès la formation est un atout pour l'avenir.

2.3.2.2 Développer un continuum de métiers complémentaires

La diminution du temps médical disponible, l'augmentation des pathologies chroniques pousse à partager les champs d'activité dans une gradation des compétences et dans un cadre toujours pluriprofessionnel. Les besoins sont immenses dans l'accès à des actes médicotechniques simples, dans la coordination, dans la diffusion d'expertises au plus près des malades. Pour exemples, la réalisation d'échographies cardiaques de routine et d'échodoppler des TSA par des personnels formés et au sein d'équipes pluriprofessionnelles libérerait du temps de cardiologues et de médecins vasculaires plus utile à faire les examens urgents des patients atteints d'AVC ou d'AIT ou à donner des avis cliniques circonstanciés ; de même pour les échodopplers veineux des membres inférieurs ; de même pour les échographies simples pour les manipulateurs radios… en garantissant un cadre intégré pluriprofessionnel médico-soignant. Dans ce cadre, les protocoles de coopérations professionnels doivent être encore soutenus dans leur développement et simplifiés dans les démarches administratives d'enregistrement et de suivis pour permettre des activités de délégations ciblées vers des professionnels paramédicaux. Au-delà d'être valorisants par les nouvelles compétences acquises, d'avoir une nouvelle autonomie d'exercice encadrée et formalisée, sécurisante pour les équipes médico soignantes et le patient, la valorisation financière de 100 euros par mois est une source de reconnaissance et de motivation dans les parcours professionnels paramédicaux.

Jusqu'au récent avènement des IPA le métier d'IDE n'avait que peu de modalités d'évolution : progresser vers les métiers d'encadrement ou vers une spécialisation (IBODE, IADE…). Les IPA ont ouvert un champ nouveau par l'universitarisation des professions paramédicales qui engendre un élargissement des compétences cliniques (diagnostic infirmier, suivi de pathologies chroniques), un élargissement des compétences prescriptives (examens, dispositifs, médicaments), une possibilité d'accès direct au patient, notamment pour les infirmiers en pratique avancée, et les masseurs kinésithérapeutes.

Si l'universitarisation est une voie privilégiée il ne faut pas y opposer la reconnaissance de l'expérience professionnelle par la Valorisation des Acquis de l'Expérience car tous les professionnels n'auront pas l'opportunité, le temps et les moyens d'accéder à une universitarisation en bonne et due forme. Une réflexion doit être menée sur la possibilité de joindre la VAE et les acquisitions académiques (DU, DIU, formations ad hoc médicotechniques…)

par des cycles mixtes dans le cadre d'une gradation qui créerait alors ce continuum permettant à chacun l'épanouissement qu'il souhaite et l'apport de ses compétences nouvelles et anciennes à la prise en charge des patients. Cela permettrait ainsi de prendre en compte l'accompagnement des soignants plus anciens. Ces évolutions de parcours professionnels pourraient être accompagnées de NBI (nouvelle bonification indiciaire) ciblées qui sans revoir l'ensemble des statuts permet de valoriser un nouvel exercice aux compétences ajoutées.

Proposition 4 :

Promouvoir l'interprofessionnalité et développer un *continuum* de métiers complémentaires

Axe 5 : spécificités de la pédiatrie

1. Spécificités des urgences pédiatriques

1.1 Volume et répartition des passages

1/3 des passages aux urgences en France concernent des mineurs (moins de 18 ans). 50 % des enfants sont pris en charge dans des urgences pédiatriques dédiées, l'autre moitié dans des SAU polyvalents (adultes/enfants).

Les motifs de passage aux urgences sont différents en fonction des âges :

- Nourrissons : pathologies médicales et saisonnières comme le VRS.
- Enfants plus âgés : traumatologie, accidentologie.
- Adolescents : santé mentale, crises suicidaires

Particularités par rapport aux urgences adultes

- 10 % d'hospitalisations à la suite d'un passage (contre 20 % chez les adultes).
- 1 % de cas vitaux (très faible proportion).
- 80 % des enfants quittent les urgences après une évaluation rapide (quelques heures).
- Accompagnement systématique : Les enfants ne viennent jamais seuls (contrairement aux adultes ou personnes âgées).
- Saisonnalité marquée : Pic hivernal (VRS, grippe) et traumato estivale. A noter que cette saisonnalité tendrait à s'effacer

1.2 Problématiques majeures

1.2.1 Saturation et désorganisation des flux.

- Durant les périodes critiques :
    - Hiver (épidémies virales).
    - Été (traumatismes).
    - Soirées et nuits (afflux tardif, difficile à réguler).
- Désertification médicale : Peu de pédiatres libéraux, surtout en zones rurales. Démographie médicale défavorable des médecins généralistes, des pédiatres et globalement des spécialistes en santé de l'enfant avec des disparités interrégionales et interdépartementales. Délais d'obtention d'un rendez-vous de consultation long. La densité de pédiatres en France en 2021 nous place au 24ème rang européen.

1.2.2 Santé mentale des adolescents.

- Explosion des consultations pour troubles anxieux, dépression, idées suicidaires.
- Manque criant de lits en pédopsychiatrie avec également un manque de pédopsychiatres dans nombre de territoire

1.2.3 Formation insuffisante de certains professionnels.

- Médecins généralistes : Peu formés en pédiatrie (3 mois de stage seulement), ce qui limite leur capacité à prendre en charge des enfants en ville.

- Infirmiers d'accueil (IOA) : Formation pédiatrique souvent insuffisante pour évaluer et orienter correctement les enfants.

1.2.4 Enjeux communs avec les urgences adultes

- Désertification médicale : Manque de spécialistes (pédiatres, pédopsychiatres).
- Nécessité de décloisonner les parcours : Meilleure coordination entre ville, hôpital, et structures médico-sociales.
- Financement : Risque de réduction des moyens si les passages aux urgences diminuent (ex : -10 % de moyens après une baisse de fréquentation au CHU de Nantes).

2. Solutions envisageables

2.1 Réorientation des patients non urgents.

Le CHU de Nantes a expérimenté la réorientation des patients à partir des urgences. Cette expérience semble plutôt concluante.

A parti d'une grille d'évaluation remplie par l'infirmier(e), les enfants pouvant être réorientés sont identifiés. Une fiche d'information est remise aux parents (ex : fièvre, diarrhée) pour rassurer et éviter les retours inutiles.

Les familles sont plutôt satisfaites, il y a peu de retours négatifs, malgré une préférence pour une consultation immédiate.

Ce sont 10 % des passages qui sont réorientés vers des consultations programmées (via Doctolib) le lendemain. Cela existe aussi au CH de Versailles de manière structurée, validée et financée par l'ARS au niveau d'emplois IDE dédiées avec une procédure de tri validée sur le territoire.

Recommandation forte n° 7

Généraliser les grilles de réorientation dans tous les SAU pédiatriques

2.2 Amélioration de la régulation.

La réorientation a toutefois des limites : elle peut emboliser les guichets administratifs et les zones d'attente primaires

Même si la régulation téléphonique peut être difficile, une piste intéressante est celle de la visio régulation. Celle-ci nécessite de disposer d'outils sécurisés et de temps médical suffisant pour l'assurer

Proposition 5

Amélioration de la régulation pédiatrique par la formation des IOA et l'usage de la visio régulation

2.3 Renforcement des liens ville-hôpital.

Le manque d'accès à un médecin généraliste pour des soins non programmés est la première étape à améliorer, en commençant par une meilleure visibilité/lisibilité des solutions existantes pour la population.

La collaboration avec les CPTS pour libérer des créneaux de consultation en médecine de ville est un outil incontournable ainsi que la création de plages de consultations non programmées en ville pour éviter les passages aux urgences.

Cela suppose que la formation des médecins généralistes en pédiatrie soit consolidée et améliorée (stage obligatoire prolongé).

L'accès direct aux pédiatres, au vu de la démographie médicale de cette spécialité et de l'augmentation bien documentée des pathologies chroniques chez l'enfant, devrait être discutée. (un rapport de l'IGAS en 2020 préconisait que la pédiatrie soit du recours). Cela permettrait que la pédiatrie libérale se concentre sur les patients nécessitant un suivi spécifique.

3. Propositions complémentaires

- Amélioration de la régulation pédiatrique par la formation des IOA et l'usage de la visio régulation
- Renforcer les liens avec la pédopsychiatrie :

Systématiser la présence d'équipes de pédopsychiatrie en appui des équipes d'urgence pédiatriques. Horaires de présence sont à détermines en fonction des territoires en évaluant les besoins et les ressources présentes.

Proposition 6

Renforcer les liens avec la pédopsychiatrie

- Sensibiliser les familles via des campagnes sur les bonnes pratiques (quand consulter, où aller)

Proposition 7

Sensibiliser les familles via des campagnes sur les bonnes pratiques

Axe 6 : spécificités de la psychiatrie

1. Constats généraux

Comme pour le reste des urgences, les difficultés observées relèvent principalement de dysfonctionnements systémiques. L'hospitalisation complète demeure trop fréquemment la réponse par défaut à la crise psychiatrique, alors même qu'elle n'est ni toujours pertinente, ni toujours disponible. Faute de lit disponible les patients nécessitant une hospitalisation restent aux urgences alors que les services d'urgences ne sont pas structurellement adaptés à la prise en charge prolongée de patients en crise psychiatrique. La programmation des hospitalisations reste peu utilisée par les services de psychiatrie entraînant un passage quasi systématique par les urgences.

Les organisations de la présence psychiatrique aux urgences sont très hétérogènes. On constate une insuffisance de dispositifs intermédiaires entre l'ambulatoire et l'hospitalisation, et une saturation croissante des capacités d'aval. Les contraintes architecturales, la variabilité de la collaboration entre urgentistes et psychiatres, et l'absence d'alternatives immédiatement mobilisables conduisent à un allongement des temps de passage et à une dégradation des conditions de travail des équipes.

1.1 Difficultés identifiées en amont des urgences

Les délais d'accès à la psychiatrie de ville et aux CMP, souvent de plusieurs mois, constituent un facteur majeur de recours aux urgences. L'accueil des soins non programmés n'est que trop peu organisé, de même l'aller vers à partir des CMP est insuffisant bien que de nombreuses équipes mobiles spécialisées se soient développées ces dernières années. L'hétérogénéité des organisations territoriales, notamment concernant les limites d'âge entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, entraîne des ruptures de parcours, particulièrement pour les adolescents et jeunes adultes.

Les travaux issus de la mission « intervention et repérage précoce » ont d'ailleurs évoqué les difficultés d'orientation dès les premiers signes liés au manque de connaissances sur les ressources disponibles et à la formation insuffisante sur l'intervention précoce, à l'éclatement des dispositifs en millefeuille et au manque de coordination entre les acteurs

Les problèmes de santé liés à la précarité, à l'éducation et au logement viennent aggraver la situation. Cela souligne l'importance de développer la prévention et d'avoir une vision systémique puisque 80% des déterminants de santé mentale sont socio-économiques plutôt que biologiques.

La formation initiale et continue des médecins et des autres soignants est insuffisante en termes de santé mentale, le manque de compétence qui en résulte conduit les intervenants de première ligne à orienter précocement vers un système de soins spécialisé déjà saturé.

1.2 Problématique de l'aval des urgences

L'aval constitue le principal point de blocage du système. Les difficultés d'accès à l'hospitalisation psychiatrique publique dues à une tension permanente sur les lits, la faible réactivité des structures de secteur (CMP, Hôpitaux de jour) et la participation insuffisante du secteur privé contribuent à la saturation des urgences. Entre 2013 et 2024, le nombre de lits a baissé de 17 % dans les établissements publics, tandis qu'il a augmenté de 14 % dans les cliniques privées. La

spécialisation excessive de certaines unités de soins restreint également les possibilités d'orientation.

L'absence d'outils partagés et efficaces d'ordonnancement renforce ces blocages. Même si l'hospitalisation conventionnelle n'est pas toujours la bonne réponse à la crise, elle reste pour les patients, les familles et les professionnels la solution envisagée en premier lieu.

1.3 Difficultés spécifiques concernant les mineurs.

Lors des auditions les pédiatres ont fait remonter les nombreuses difficultés concernant les enfants et les adolescents. Ces dernières années les passages concernant les adolescents et les jeunes majeurs de 15 à 20 ans n'ont fait qu'augmenter. Les filles et les jeunes femmes sont majoritairement concernées par ces passages. La présence pédopsychiatrique est structurée de façon très diverse, les difficultés concernant la démographie des pédopsychiatres explique en grande partie ces difficultés pour structurer une offre cohérente et un appui aux équipes de pédiatrie.

2. Pistes de réflexion

2.1 Continuer le développement du volet psychiatrique des SAS

Aujourd'hui, la moitié environ des départements sont couverts et 36 projets ont été retenus en 2025. Le bilan de la mise en place du volet psychiatrique des SAS est positif toutefois il est nécessaire d'améliorer la collaboration ville hôpital, en particulier d'inclure psychiatres libéraux et cliniques privées.

L'intérêt de consultations de refiliarisation à destination des patients triés « urgence légère à modérée » et en aval des SAS permettrait de diminuer les entrées. Ces dispositifs doivent être en lien étroit avec les dispositifs de secteur afin d'éviter un effet « silo »

2.2 Améliorer l'organisation de la présence psychiatrique dans les SU

Aujourd'hui les organisations sont variées mais surtout très hétérogènes. Il est évident qu'il ne peut y avoir un modèle unique d'organisation mais des modèles d'organisations. Le nombre de passages dans les SU, les ressources en personnel disponibles, la structuration existante de l'offre de soins sont autant d'éléments qui diffèrent suivant les territoires, et ne peuvent appeler une réponse unique. L'organisation des soins psychiatriques aux urgences doit donc tenir compte des ressources, en particulier médicales, existantes. Elle doit être pluridisciplinaire, la taille et la composition de l'équipe dépendant du nombre de passage au SU. A titre informatif elle peut comporter : infirmier, IPA, psychiatre, psychologue, assistant de service social. Il faut être vigilant à ce que cette organisation soit en lien étroit avec le secteur de psychiatrie.

L'accès à la téléconsultation pour les centres ne disposant pas de permanence psychiatrique permettrait une première évaluation et éviterait des transferts inutiles.

Cette présence psychiatrique doit également être envisagée pour les enfants et les adolescents, ce qui représente un véritable défi au regard des difficultés démographiques rencontrées pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

2.3 Organisation de parcours de soins gradués

Il est nécessaire de diversifier les réponses en aval de l'urgence afin de développer des réponses alternatives à l'hospitalisation.

Les dispositifs suivants sont identifiés :

- Les centres d'accueil et de crise permettant d'apaiser la tension psychique des patients en crise et de se donner le temps d'évaluer le patient. Idéalement ils devraient être situés à proximité immédiate des structures d'urgences ;
- La mise en place d'équipes mobiles pouvant dispenser des soins intensifs à domicile. Ces équipes se développent actuellement dans plusieurs établissements sous la dénomination d'équipes de soins intensifs à domicile ;
- Les hôpitaux de jour de post-crise faisant intervenir différents corps de métier (Psychiatres, IDE de psychiatrie, psychologues, psychothérapeutes…) et permettant de proposer des soins plus intensifs qu'un suivi en consultation ambulatoire ;
- Le développement de consultations post urgence dans des délais courts permettent d'évaluer en ambulatoire l'évolution de l'état psychique du patient et de sécuriser le retour du patient au domicile.

L'organisation de ces parcours gradués doit s'envisager à tous les âges de la vie. Une attention particulière devant être portée auprès des jeunes de 15 à 20 ans. Le recourt à l'intervention précoce (cf Rapport 10 mesures d'urgence pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale février 2026) devrait permettre d'éviter les pertes de chance sur les adolescents et jeunes adultes, d'éviter de saturer les ressources existantes notamment en termes d'hospitalisation et d'éviter un recours excessif et inapproprié aux urgences.

2.4 Bed Management Spécifique

Lors des auditions est apparue la nécessité d'envisager lors de la mise en place des cellules d'ordonnancement de spécifier la psychiatrie. En effet les règles de la sectorisation, l'existence de multiples acteurs sur le territoire demandent une connaissance et une gestion particulière des lits. Cela ne doit toutefois pas dispenser le dispositif sectorisé de sa responsabilité populationnelle.

3. Préconisations

- Faire émerger une réponse souple et graduée à la crise psychique : mise en observation à l'UHTCD ou au CAC, retour à domicile avec suivi intensif, hospitalisation de jour…
- Raccourcir les délais de rendez-vous en aval pour les patients sortant des urgences. Cela suppose de mobiliser l'ensemble des acteurs à la fois le secteur public par la structuration d'une offre de soins non programmés et le privé libéral en dédiant des créneaux de consultation
- Sécuriser la sortie des urgences en cas de non-hospitalisation : pertinence et faisabilité des consultations de post-urgence sur site ; développement des « plans de protection » articulés avec la veille permise par le dispositif VigilanS.
- Structurer et développer la réponse en post-urgence pour le public infanto-juvénile, ambulatoire comme hospitalière

Recommandation forte n°8

Structurer la réponse à la crise psychique adulte et infanto-juvénile

Proposition 8

Raccourcir les délais de rendez-vous en aval en aval des urgences psychiatriques

Proposition 9

Sécuriser la sortie des urgences en cas de non-hospitalisation

Proposition 10

Développer la réponse en post-urgence pour le public infanto-juvénile

Axe 7 : développer un financement prenant en compte la complexité des parcours et les efforts faits pour éviter les hospitalisations

La logique de cet axe est d'améliorer la cohérence entre les financements et les priorités de santé publique, ainsi que de rémunérer les évolutions à engager pour adapter le système de santé au vieillissement de la population et à l'augmentation des multimorbidités.

Compte tenu de la contrainte budgétaire, il est proposé une logique d'enveloppe ONDAM établissements de santé constante, en dégageant ces moyens financés nouveaux par une réduction des activités mettant en évidence des problématiques de pertinence des soins ou de rentes tarifaires.

1. Développer des financements prenant en compte la complexité des parcours

La prise en charge hospitalières des polypathologies complexes, développée dans les axes 1, 2 et 3, est génératrice de nombreux coûts supplémentaires en termes de mobilisation de compétences médicales, paramédicales, administratives, de structures représentant des coûts fixes sans activités financées en regard, et pour des séjours dont les durées dépassent parfois les bornes des GHM faute d'aval après l'hospitalisation (SMR, EHPAD, *etc.*). Il importe donc que ces éléments soient justement pris en compte et valorisés dans les GHM. A défaut, l'effet d'éviction aggraverait encore le biais de sélectivité des activités et le désalignement entre enveloppes financières et priorités de santé publique.

La mission propose d'améliorer le financement des séjours des personnes âgées en polypathologie complexes, tout en s'inscrivant dans les principes fondamentaux du PMSI. Cela s'inscrit dans les travaux débutés par l'ATIH, très attendus, dont l'aboutissement est malheureusement reportés, sur :

- la prise en compte de l'âge et du cumul de morbidité dans l'évaluation de la sévérité des GHM ;
- la prise en compte la carence d'aval dans l'évaluation de la sévérité des GHM.

La mission propose de prioriser ces travaux de l'ATIH afin de les faire aboutir en temps utile pour la campagne des tarifs 2027.

Recommandation forte n°9 :

Améliorer le financement des séjours des personnes âgées polypathologiques complexes en prenant en compte l'âge, le cumul de morbidité, l'accès direct ainsi que la carence d'aval

Proposition 11

- Pour le financement des admissions directes non programmées, simplifier le recueil (par exemple par échantillonnage une semaine donnée) et augmenter les enveloppes régionales

- Prendre en compte les indicateurs relatifs aux personnes âgées dans les calculs de la dotation populationnels des urgences (part des personnes âgées, *etc.*).

2. Inciter et financer la généralisation de l'ensemble des mesures internes nécessaires à une amélioration des parcours hospitaliers

L'ensemble des mesures préconisées dans les axes 3, 6 et 7 sont connues, évaluées, et néanmoins pas généralisées. Puisqu'elles sont désormais listées et explicitées, elles nécessitent d'être accompagnée par un mécanisme assurant leur généralisation et leur financement.

Le financement proposé vise les objectifs suivants :

- la couverture des coûts fixes que représentent ces structures (cellule d'ordonnancement, salons d'entrée, salons de sortie, cellules de parcours complexes, etc.), charges que doivent porter les établissements disposant d'une autorisation sur les urgences, et que n'ont pas à assumer les établissements n'assurant pas cette mission ;
- l'incitation à mettre en place ces dispositifs, avec la logique de ne financer qu'une action effectivement réalisée, donc soumise à indicateurs d'activité et évaluation.

Pour chacun des dispositifs suivants, la proposition est de financer les coûts fixes impactant les charges d'exploitation par des dotations forfaitaires, par exemple *via* compartiment des missions spécifiques (MS) des nouvelles missions d'intérêt général :

- unités d'évaluation médicale rapide ;
- cellules d'ordonnancement ;
- salons d'entrée ;
- salons de sortie.

Cette MS pourrait être forfaitaire par pallier en fonction du nombre d'hospitalisation *via* les urgences et d'admissions directes.

S'agissant des charges d'investissement éventuelles occasionnées par ces leviers, les financer *via* les 2% prélevés chaque année sur l'enveloppe des CARRU afin d'en faire une campagne nationale et de constituer un signal fort de généralisation de ces dispositifs.

Pour chaque item, dans une logique de pouvoir assurer l'effectivité des actions financées, des indicateurs d'activité simples peuvent être proposés pour remontée annuelle auprès des ARS :

- moyens dédiés déployés ;
- activité (nombre de patients pris en charge).

S'agissant spécifiquement de la réorientation des urgences vers des consultations ultérieures, en intra-hospitalier ou en ville, l'inscrire dans les missions à part entière des urgences dans le cadre des CARRU, et intégrer les patients réorientés à la file active de la dotation populationnelle des urgences, et augmenter en conséquence les enveloppes des CARRU. Il apparaît important, en termes d'incitation à la mise en place des dispositifs vertueux, de pouvoir cumuler la prise en compte de cette file active dans la dotation populationnelle et le forfait de réorientation, les patients réorientés faisant eux aussi l'objet d'une évaluation.

Proposition 12

Financer la généralisation des préconisations des axes 3, 5 et 6 :

- Financer les unités d'évaluation rapide, les cellules d'ordonnancement, les salons d'entrée et de sortie par une dotation dédiée dans le compartiment MS pour les établissements de santé mettant en œuvre une autorisation d'urgence
- Financer les charges d'investissement éventuelles par les 2% prélevés chaque année sur l'enveloppe CARRU et en faire du déploiement de ces leviers la priorité des projets financés
- Evaluer l'effectivité de ces dispositifs par une remontée annuelle d'indicateurs d'activité simples aux ARS
- Prendre en compte les patients réorientés dans la file active de la dotation populationnelle des urgences

3. Soutenir financièrement l'organisation de la compétence gériatrique et du projet territorial pour la personne âgée

3.1 Financer les équipes mobiles de gériatrie

Les équipes mobiles de gériatrie, qui peuvent être portées par une équipe hospitalière mais pas seulement, sont l'échelon indispensable pour le bon fonctionnement d'une filière gériatrique coordonnée, avec des acteurs qui jouent le jeu de prendre en charge des personnes âgées polypathologiques parce qu'ils savent pouvoir s'appuyer en tant que de besoin et avec réactivité sur cette compétence.

Néanmoins, le modèle d'activité de telles équipes mobiles ne permet en général pas d'équilibrer les dépenses qu'elles représentent (temps de déplacement des visites qui ne permet pas un suffisamment grand nombre de consultation notamment), de sorte que le bilan budgétaire de ces équipes est souvent négatif, ce qui constitue un frein essentiel au développement des filières gériatriques coordonnées.

Il est donc nécessaire que les ARS soutiennent financièrement les équipes mobiles de gériatrie par une dotation forfaitaire de type FIR ou MS, par exemple, en contrepartie évidemment d'une évaluation et d'un rapport d'activité.

3.2 Financer la chefferie de projet pour mettre en place le projet territorial pour la personne âgée

Le déploiement du projet territorial pour la personne âgée est l'une des recommandations les plus structurantes de ce rapport. Pour son déploiement, elle ne nécessite que peu de moyens : essentiellement de la chefferie de projet pour une période de deux ans par GHT/département s'il est co-porté CPTS/DAC/établissement support de GHT.

Compte tenu du caractère structurant de la mesure, il ne faut pas qu'elle soit confrontée à cette difficulté peu onéreuse.

3.3 Inciter au développement des IPA de gériatrie

La création d'une mention d'IPA en gériatrie et le déploiement des IPA au sein des EHPAD et des établissements sont un levier majeur pour développer et consolider l'expertise gériatrique.

Néanmoins, l'équilibre médico-économique d'une IPA est parfois difficile à atteindre, surtout dans une phase de montée en charge de son activité.

La mission propose donc d'inciter au développement des IPA, par exemple *via* une dotation forfaitaire finançant à hauteur de 50% les trois premières années d'exercice d'une IPA au sein d'une structure sanitaire ou médico-sociale. Cela permettrait de lever les freins à leur développement et de laisser le temps au développement de leur activité.

Proposition 13

Soutenir budgétairement le développement des expertises en gériatrie :

- Soutenir le développement d'équipes mobiles de gériatrie par une dotation financière des ARS *via* le FIR ou les MS ;
- Financer un ETP de chef de projet par département/GHT pour porter le projet territorial pour la personne âgée *via* le FIR ;
- Soutenir financièrement le développement des IPA gériatrie par un financement à hauteur de 50% les trois premières années d'exercice.

Par ailleurs, les leviers développés dans l'axe 1 montrent que l'un des leviers significatifs est le développement des protocoles de coopérations médicales et de délégations de tâches. Il serait ainsi utile d'explorer des mesures de deux natures différentes, qui dépassent le cadre de cette mission :

- Simplifier administrativement des protocoles de coopération médicales et de délégation de tâches, pour les rapporter à une équipe, et pas aux individus *ad nominem*. La complexité administrative est aujourd'hui le principal obstacle (organisation *ad nominem* pour délégants et délégataires) ;
- Mieux rémunérer les compétences techniques des IDE et des IPA réalisant des protocoles de coopérations médicales ou de délégation de tâches, en donnant la possibilité de compléter leur rémunération au-delà du seul complément forfaitaire (possibilité de cumuler deux voire trois suppléments en fonction des compétences déléguées).

CONCLUSION

Ce rapport a pour ambition de démontrer, si besoin en était, que la surcharge des services d'urgence n'est que le symptôme d'un mal plus profond. Notre système de santé n'est plus adapté aux besoins de santé publique au premier rang desquels se place la prise en charge des patients les plus fragiles, polypathologiques très majoritairement âgés, atteints de handicap ou socialement désinsérés. Nous devons changer de paradigme et admettre que si nous voulons continuer de progresser en santé nous ne pouvons le faire qu'en prenant à bras le corps le défi démographique qui est déjà là. Si nous voulons des spécialités médicales et chirurgicales fortes alors il faudra organiser le flux du non programmé et la collégialité entre une médecine holistique et ces spécialités. Si nous voulons sauvegarder un système pluriel, libéral et public, ambulatoire et hospitalier, alors il faudra abattre les murs et se retrousser les manches ensemble, chacun prenant sa part. Si nous voulons perpétuer cet héritage de l'après-guerre qui voulait pour tout citoyen un égal accès aux soins alors nous devons nous rappeler que les métiers de la santé sont d'abord des métiers de service, que la chance d'avoir des soins avec le reste à charge le plus faible de l'OCDE impose un minimum de civisme de la population et que la société doit pouvoir débattre et choisir la part des richesses qu'elle veut y consacrer.

Nous avons proposé un raisonnement en trois étapes :

- rappeler l'immense défi démographique lié au vieillissement de la population et à l'explosion des maladies chroniques imposant la nécessité d'un parcours coordonné entre tous les acteurs ;
- prioriser, tant que faire se peut, le maintien de ces publics en dehors de « l'hôpital » dont la mission première est celle des soins aigus et complexe et dont l'impact lors de séjours non pertinents ou inutilement prolongés est souvent délétère ;
- améliorer, lorsque le séjour hospitalier est nécessaire, le flux du parcours en optimisant les organisations qu'elles soient intra ou post hospitalières.

De nombreux exemples montrent que cela est possible.

Il nous faut maintenant changer d'échelle et généraliser, en l'adaptant, ce qui a fait la preuve de son efficacité.

Cela est indispensable mais ne suffira pas.

Les échéances électorales à venir doivent être l'occasion d'une interrogation profonde sur ce que nous voulons comme système de santé, de la prévention au soin, de la prise en charge du plus courant jusqu'à l'excellence de la médecine de pointe pour être au rendez-vous de la confiance que nous accorde nos concitoyens.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS FORTES ET PROPOSITIONS

9 recommandations fortes et 13 propositions

Recommandations fortes :

Recommandation 1 (axe 1)

Obligation de décliner dans chaque territoire et avec tous les acteurs un projet territorial pour la personne âgée comprenant :

- Une connaissance mutuelle des acteurs locaux ;
- Un consensus sur les outils d'évaluation utilisés, permettant une prévention et une détection des fragilités en ville et en établissement de santé ;
- Une organisation du recours à l'expertise gériatrique, garanti via un accès rapide ;
- Un partage des protocoles de prises en charge des différentes situations de la prise en charge gérontologique ;
- Le soutien aux aidants.

En confier le fonctionnement opérationnel à la CPTS et le déploiement des projets territoriaux pour la personne âgée à l'échelle départemental au trio CPTS/DAC/établissement support de GHT.

Recommandation 2 (axe 1)

Créer la mention « gériatrie » pour les IPA

Recommandation 3 (axe 2)

Missionner les CPTS sur la coordination des parcours des patients fragiles en y créant des cellules de coordination « ville-hôpital », co-pilotée avec les filières de soins gériatriques labélisées, en y associant les cellules de parcours complexe des établissements de santé et en désignant les DAC comme l'effecteur privilégié des parcours de vie complexe dans le cadre d'une « responsabilité populationnelle » partagée

Recommandation 4 (axe 2)

Coordonner les horaires de PDSES et de PDSA (18h30-8h30 ; 12h-18h30 le samedi ; 8h30-18h30 le dimanche et les jours fériés).

Recommandation 5 (axe 3)

Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours patients (SAMU-SAS, réorientation avant ou à la SU, unité d'évaluation médicale rapide, numéros d'appel d'avis séniorisés, hospitalisation d'accès direct, cellules d'ordonnancement et leur déclinaison territoriale, salons d'entrée-sortie, cellules de parcours complexes, équipes mobiles spécialisées, recours à l'HAD…).

Recommandation 6 (axe 4)

Organiser les ES autour d'unités de médecine polyvalente ou de médecine interne destinés aux patients non programmés, dont la taille et l'équilibre avec les services de

spécialités dépendent de la taille et de la vocation de l'ES (CHU, gros CH, CH de petite et moyenne taille, hôpitaux de proximité). Définir par un contrat de liaison entre services « polyvalents » et spécialités d'organe l'accès aux plateaux médico-techniques et la dispensation des avis spécialisés dans la structure. Évaluer les besoins et refonder la formation de médecine polyvalente hospitalière

Recommandation 7 (axe 5)

Généraliser les grilles de réorientation dans tous les SAU pédiatriques (dans le cadre d'un protocole de coopération nationale)

Recommandation 8 (axe 6)

Structurer la réponse à la crise psychique adulte et infanto-juvénile

Recommandation 9 (axe 7)

Améliorer le financement des séjours des personnes âgées polypathologiques complexes dans les GHM en prenant en compte l'âge, le cumul de morbidité, l'accès direct, la carence d'aval ainsi que le financement de l'expertise gériatrique

Propositions complémentaires :

Proposition 1 (axe 1) :

Soutenir les médecins coordonnateurs en renforçant leurs prérogatives vis-à-vis de la prise en charge des résidents et en favorisant les communautés de pratique

Proposition 2 (axe 2)

Aboutir à un outil de communication informatique compatible ville-hôpital

Proposition 3 (axe 4)

Privilégier les spécialités transversales (médecine générale, médecine interne, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, médecine d'urgence) en augmentant préférentiellement leurs effectifs lors de la majoration du nombre d'interne à venir

Proposition 4 (axe 4)

Promouvoir l'interprofessionnalité et développer un continuum de métiers complémentaires

Proposition 5 (axe 5)

Améliorer l'accueil aux urgences et la régulation médicale pédiatrique par la formation des IOA et l'usage de la visio régulation

Proposition 6 (axe 5)

Renforcer les liens avec la pédopsychiatrie

Proposition 7 (axe 5)

Sensibiliser les familles via des campagnes sur les bonnes pratiques

Proposition 8 (axe 6)

Raccourcir les délais de rendez-vous en aval des urgences psychiatriques

Proposition 9 (axe 6)

Sécuriser la sortie des urgences en cas de non-hospitalisation

Proposition 10 (axe 6)

Développer la réponse en post-urgence pour le public infanto-juvénile

Proposition 11 (axe 7)

- Pour le financement des admissions directes non programmées, simplifier le recueil (par exemple par échantillonnage une semaine donnée) et augmenter les enveloppes régionales
- Prendre en compte les indicateurs relatifs aux personnes âgées dans les calculs de la dotation populationnels des urgences (part des personnes âgées, *etc.*).

Proposition 12 (axe 7)

Financer la généralisation des préconisations des axes 3, 5 et 6 :

- Financer les unités d'évaluation rapide, les cellules d'ordonnancement, les salons d'entrée et de sortie par une dotation dédiée dans le compartiment MS pour les établissements de santé mettant en œuvre une autorisation d'urgence
- Financer les charges d'investissement éventuelles par les 2% prélevés chaque année sur l'enveloppe CARRU et en faire du déploiement de ces leviers la priorité des projets financés
- Evaluer l'effectivité de ces dispositifs par une remontée annuelle d'indicateurs d'activité simples aux ARS
- Prendre en compte les patients réorientés dans la file active de la dotation populationnelle des urgences

Proposition 13 (axe 7)

Soutenir budgétairement le développement des expertises en gériatrie :

- Soutenir le développement d'équipes mobiles de gériatrie par une dotation financière des ARS *via* le FIR ou les MS ;
- Financer un ETP de chef de projet par département/GHT pour porter le projet territorial pour la personne âgée *via* le FIR ;

Soutenir financièrement le développement des IPA par un financement à hauteur de 50% les trois premières années d'exercice.

ANNEXE 1 : liste des organisations et personnes auditionnées

- **SFP [Société Française de Pédiatrie]** – Pr. Christèle GRAS-LE GUEN, Porte-Parole, Ex-présidente et pédiatre au CHU de Nantes et Dr. Marc LE BIDEAU, Pédiatre au CH de Saint-Nazaire
- **AFERUP [Association Francophone pour l'Enseignement et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques]** – M. Emmanuel POULET, Président, Responsable de Pôle et Chef du service de psychiatrie des urgences et de liaison au CH Le Vinatier et aux Hospices Civils de Lyon
- **SFMP [Société Française de médecine polyvalente]** – M. Ludovic HERY, Président, Praticien Hospitalier en médecine interne et polyvalente au CH du Mans
- **FEHAP [Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires]** – Pr. Olivier GUERIN, Conseiller médical, *Chef de pôle Réhabilitation–Autonomie–Vieillissement au CHU de Nice* et M. Arnaud JOAN-GRANGÉ, Directeur de l'offre de soins et des parcours de santé
- **SNFMI [Société Nationale Française de médecine interne]** – M. Pascal SÈVE, Secrétaire Général, Professeur des Universités aux Hospices Civils de Lyon et M. Luc MOUTHON, Président, Chef de service de médecine interne à l'Hôpital Cochin à Paris
- **FHP-MCO [Fédération de l'Hospitalisation Privée Médecine, Chirurgie, Obstétrique]** – *Mme Frédérique GAMA, Présidente et Mme Séverine DEFOSSE, Secrétaire Générale*
- **AFDS [Association Française des Directeurs des Soins]** – Mme Barbara ROBERT, Vice-Présidente, Coordinatrice Générale des Soins au CHU de Bordeaux et M. Aurélien CADART, Secrétaire chargé de la communication, Directeur des Soins au CH Armentières
- **SFMU [Société Française de Médecine d'Urgence]** – Pr. Sandrine CHARPENTIER, Présidente, Cheffe du Pôle de médecine d'urgence au CHU de Toulouse
- **SUdF [SAMU Urgences de France]** – Dr. Yann PENVERNE, Président et Dr. Marc NOIZET, Ex-président, Chef des urgences et médecin urgentiste au CH de Mulhouse, Conseiller médical du DG de l'ARS Mayotte
- **Grand témoin** – M. Thomas MESNIER, Chef du Pôle Urgences au CHU de Bordeaux, Ex Député et Rapporteur Général de la Commission des Affaires Sociales
- **Grand témoin** - M. François BRAUN, Médecin urgentiste et Ex Ministre de la Santé
- FNEHAD [Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile] – *Dr. Elisabeth HUBERT, Présidente, et M. Mathurin LAURIN, Délégué Général*
- **Collège des Directeurs Généraux d'Agences Régionales de Santé** – M. Denis ROBIN, Président, Directeur Général de l'ARS d'Île-de-France, Mme Natacha PRAT-ROBILLIARD, Conseillère Médicale de la DG à l'ARS Bretagne et Mme Anne-Briac BILI, Directrice Générale Adjointe à l'ARS Bretagne, Mme Sandrine WILLIAUME DGA et Mr Pierre BOUSSEMART DOS , Dr Patrick GOLDSTEIN conseiller médical du DG de l'ARS des Hauts de France
- **Grand témoin** – M. Jean-Yves GRALL, Médecin Cardiologue, Ex Directeur Général de l'ARS des Hauts-de-France et de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- **SFGG [Société Française de Gériatrie et Gérontologie]** – Mme Sylvie BONIN-GUILLAUME, Présidente, Professeur des Universités Praticien Hospitalier en Gériatrie à Aix-Marseille Université AP-HM, Pr. Jacques BODDAERT, Vice-Président, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier AP-HP et Pr. Hélène VALLET, Assesseur, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier à Paris Sorbonne

- **Conférence Nationale des Présidents de CME de CH** – Dr. Thierry GODEAU, Président, PCME au CH La Rochelle, Dr. David Piney Vive-Président, PCME au GHEMM de Luneville
- **Grand témoin –** M. Raymond LE MOIGN, Directeur Général des Hospices Civils de Lyon
- **FCPTS [Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé]** – Mme Mylène ROUZAUD-CORNABAS, Directrice et M. Jean-François MOREUL, Président, Médecin Généraliste libéral en Maine-et-Loire
- **FHF [Fédération Hospitalière de France]** – Mme Cécile CHEVANCE, Responsable de l'Offre de soins
- **UNPS [Union Nationale des Professionnels de Santé]** – M. Sébastien GUÉRARD, Président, Kinésithérapeute en libéral à Saint-Nazaire et Mme Sarah DEGIOVANI, Secrétaire Générale, Orthophoniste libérale à Paris
- **CNDCH [Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CH]** – M. Francis SAINT-HUBERT, Président, Directeur Général du CHI d'Aix-Pertuis à Aix-en-Provence
- **CNAM [Caisse Nationale d'Assurance Maladie]** – Mme Marie GOURAIN, Responsable du département de l'Hospitalisation et Mme Typhaine MOGUÉROU, Responsable adjointe du Département des Établissements de santé et des Établissements médico-sociaux
- **FNESP [Fédération Nationale des Établissements de Santé de Proximité]** – Mme Sophie GUINOISEAU, Présidente, Directrice au CH Doué-en-Anjou, Dr. Yann POULINGUE, Vice-Président, Praticien Hospitalier au CH de Dieppe et M. Serge MORARD, Représentant du Collège des Directeurs, Directeur adjoint au CH Doué-en-Anjou
- **GFRUP [Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatriques]** – Pr. Jérôme RAMBAUD, Secrétaire Général, médecin spécialisé en pédiatrie et réanimation à l'hôpital Armand-Trousseau à l'AP-HP, Pr. Christophe MILESI, Secrétaire adjoint, Praticien Hospitalier réanimation et SMUR pédiatrique au CHRU de Villeneuve à Montpellier et Dr. Nicolas JORAM, Trésorier, Pédiatre spécialisé en réanimation pédiatrique et néonatale au CHU de Nantes
- **Conférence Nationale des Président de CME de CHU** – Pr. Karim ASEHNOUNE, Président, Président de la CME du CHU de Nantes
- **Bed Manager – CH Valenciennes –** M. Simon RAOUT, Directeur de la Performance. Dr Antoine MAISONNEUVE, chef de service des urgences.
- **Grand témoin** – Dr. Catherine LE GALL, Pneumologue au CH Argenteuil, Responsable du Service des Urgences
- **Biologie délocalisée – CHU Poitiers** – Pr. Jérémy GUENEZAN, Professeur de médecine d'Urgence, expert en biologie délocalisée et diagnostics rapides en situation aiguë
- **ASPIAD [Association des Services de Soins Psychiatriques Intensifs à Domicile]** – Mme Rachelle BOCHER, Présidente, Cheffe du service de psychiatrie adulte au CHU de Nantes
- **EMG [Équipe Mobile de Gériatrie] CH Valenciennes –** Dr. Éléonore CANTEGRIT, *Praticien hospitalier* au sein de l'EMIOG (Équipe Mobile Intra-hospitalière d'Orientation Gériatrique)
- **Équipes Territoriales CHRU Nancy** – Pr. Tahar CHOUIED, Responsable du service des Urgences
- **DAC [Dispositif d'Appui à la Coordination]** – M. Jean-Luc PEFFERKORN, Directeur d'Itinéraire Santé – PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) de la Vienne
- SAS [Services d'Accès aux Soins] CHU Lille – *Dr. Roch JOLY, Chef du Pôle d'Urgence*
- **EMG [Équipe Mobile de Gériatrie] CHU Angers** – Dr. Antoine BRANGIER, Chef de service de médecine gériatrique, Dr. Hélène RIVIERE, Responsable des équipes mobiles de gériatrie et de la filière gériatrique du GHT 49, Pr. Cédric ANNWEILER, Doyen de la Faculté

Santé de l'Université d'Angers, Professeur de gériatrie et biologie du vieillissement, Président du Gérontopôle des Pays-de-la-Loire

- **SAS [Services d'Accès aux Soins] CHU de Poitiers** – *Dr. Henri DELELIS, Directeur médical SAMU-SMUR 86*
- **Cellule d'Ordonnancement et Orientation Patient - CHU Nantes** – M. Jean-Michel LIGNEL, Coordonnateur Général des Soins, Mme Gwénola THOMAS, Cadre Supérieure de Santé Ordonnancement
- **Bed Manager – CHU Poitiers** – Mme Valérie NEVEU, Responsable du Circuit Hôpital
- **FEDORU [Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences]** – M. Laurent MAILLARD, Président, Responsable Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine
- **France-Assos-Santé -** Mme Anne TAQUET et M. Gérard ALARD
- **CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) –** Dr. René-Pierre LABARIERRE, Dr. Clarisse JOACHIM, Dr. Jean-Luc FONTENOY
- **Conférence des Directeurs Généraux de CHU** – Mme Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ, Directrice Générale du CHU d'Angers et Mme Floriane RIVIERE, Directrice Générale du CHU de Tours

ANNEXE 2 : Bibliographie

Notes bibliographiques

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les usagers des services d'urgences : motifs de recours et organisation des soins. Paris: DREES; 2018.
2. Marchetti M, Lepape M, Lauque D. La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. Ann Fr Med Urgence. 2014;4(5):309-315.
3. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Référentiel Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA). Paris: SFMU; 2019.
4. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Guide national sur la réorientation à l'entrée des services d'urgences. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2024.
5. Messier A, Boulanger-Piette A, Tardif J, Chauny JM. Emergency department redirection to primary care clinics using an electronic clinical decision support tool. CJEM. 2020;22(4):481-488.
6. Feral-Pierssens AL, Claret PG, Chouihed T, et al. Safety of a redirection process for low-acuity patients after nurse triage in an emergency department. Ann Emerg Med. 2021;77(4):449-458.
7. Feral-Pierssens AL, Claret PG, Chouihed T, et al. Redirection of low-acuity patients from emergency departments to primary care: a prospective evaluation of safety and acceptability. Emerg Med J. 2018;35(12):758-763.
8. Expérimentation nationale du forfait de réorientation aux urgences (article 51). Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2022.
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les passages aux urgences en France : évolution et caractéristiques. Paris: DREES; 2022.
10. Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Les services d'urgences en France : organisation et perspectives d'évolution. Paris: IGAS; 2019.
11. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : une situation de tension persistante. Rapport public annuel. Paris: Cour des comptes; 2019.
12. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Recommandations organisationnelles pour l'accueil et l'orientation des patients dans les services d'urgences. Paris: SFMU; 2020.
13. Reynaud Q, et al. Rev Med Interne. 2025 ; 46(8) :443-8)
14. Insee Première n°2024 nov 2024).
15. La Revue de médecine interne 46 (2025) 699-705 ; Lancet 2021 ; 397 :1905-13)
16. Insee première n°2078 du 22/10/25
17. Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Drees, n° 1365, février 2026
18. Académie nationale de médecine (rapporteur Guy Valancien) 25/02/2025
19. Assemblée Nationale : Rapport n°1671 du 03/07/2025 sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins
20. Les personnes âgées polypathologiques : quels enjeux de démographie médicale ?, rapport de l'ONDPS du 15/12/2019
21. Insee première n° 2024 (novembre 2024)
22. L'accès aux études en santé, rapport de la Cour des Comptes, 11 décembre 2024
23. Tous responsables de notre santé ! (Bilan et perspectives pour une Responsabilité populationnelle) FHF. Edition 2024

Textes officiels

24. Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique
25. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé qui crée juridiquement la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux et définit le cadre général de l'exercice IPA (missions, collaboration médicale, champ d'intervention).
26. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 qui définit les domaines d'intervention IPA (mention/pathologies chroniques, oncologie, psychiatrie, etc.)
27. Arrêté du 18 juillet 2018 qui précise les actes autorisés et les conditions d'exercice
28. Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
29. Décret 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination.
30. Loi n°2023-379 du 19 mai 2023 ("loi Rist")qui renforce l'accès aux soins et prépare l'accès direct aux IPA.
31. Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 qui instaure l'accès direct aux IPA et la primo-prescription
32. Arrêté du 25 avril 2025 (modifiant celui de 2018) qui fixe précisément : les listes de médicaments, dispositifs et examens prescrivables, les différences selon les domaines d'intervention, les textes juridiques

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport souhaitent exprimer leur profonde gratitude à l'ensemble des personnes qui ont contribué à sa réalisation.

Ils remercient tout particulièrement Madame Catherine Vautrin, ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, et Monsieur Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins, qui ont souhaité engager cette réflexion nationale sur les parcours alternatifs aux urgences et la fluidification de l'aval des structures d'urgence. La confiance qu'ils nous ont accordée a permis de conduire cette mission dans un esprit d'ouverture, d'écoute et de recherche de solutions concrètes au service des patients et des professionnels.

Nos remerciements vont également à Madame Stéphanie Rist, ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, qui, après avoir repris le pilotage de ce dossier, a annoncé lors du congrès Urgences 2026 sa volonté de s'appuyer sur les conclusions de ce rapport pour élaborer une feuille de route nationale. Cet engagement témoigne de la volonté des pouvoirs publics de transformer durablement l'organisation de notre système de santé et de donner une traduction opérationnelle aux propositions formulées dans le cadre de cette mission.

Les auteurs tiennent à saluer l'engagement des équipes de la Direction générale de l'offre de soins qui ont accompagné ces travaux avec rigueur et disponibilité. Ils remercient tout particulièrement Mickaël Benzaqui, Pauline Brenders, Anne Corcelle, Anne Hégoburu et Louise Pihouée pour la qualité des échanges, leur expertise et leur soutien tout au long de cette démarche.

Ce travail doit beaucoup aux soixante-quatre personnalités auditionnées dans le cadre de cette mission. Professionnels de santé, représentants d'établissements, fédérations hospitalières, sociétés savantes, associations d'usagers, experts et responsables institutionnels ont accepté de partager leur expérience, leurs réussites, mais également les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des organisations innovantes. La diversité de leurs parcours et de leurs points de vue a permis d'identifier de nombreuses initiatives ayant démontré leur efficacité sur le terrain, d'en comprendre les facteurs de succès et d'envisager les conditions nécessaires à leur diffusion à plus grande échelle. Les auteurs leur adressent leurs plus sincères remerciements pour la qualité de leurs contributions, leur disponibilité et leur volonté constante de faire progresser notre système de santé au service de l'intérêt général.

Les auteurs souhaitent également remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à l'organisation matérielle de cette mission. Audrey Roy, secrétaire du Professeur Olivier Mimoz, ainsi que Adèle Deniau et Brévin Daviau, assistante et élève stagiaire de Madame Laurence Laignel, ont joué un rôle essentiel dans la préparation, la coordination et la gestion des nombreuses auditions. Leur efficacité, leur disponibilité et leur sens de l'organisation ont largement contribué au bon déroulement de ces travaux.

Au-delà des personnes citées, les auteurs souhaitent rendre hommage à l'ensemble des professionnels de santé, responsables hospitaliers, représentants des institutions, élus, gestionnaires, acteurs du secteur médico-social et représentants des usagers qui, partout sur le territoire, s'engagent quotidiennement pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours de santé.

Ils souhaitent adresser une mention particulière à l'ensemble des professionnels exerçant dans les structures d'urgence mais aussi dans les services cliniques d'aval : médecins, internes, infirmiers, aides-soignants, assistants de régulation médicale, ambulanciers, cadres, secrétaires et personnels administratifs. Malgré une activité en constante augmentation, des organisations

souvent sous tension et des conditions d'exercice devenues particulièrement exigeantes, ils continuent, jour et nuit, à accueillir, écouter, orienter, soigner et accompagner des millions de patients chaque année.

Par leur professionnalisme, leur engagement et leur sens du service public, ils garantissent la continuité d'une mission essentielle pour notre système de santé et pour nos concitoyens. Les auteurs souhaitent leur témoigner leur profond respect et leur reconnaissance pour le travail accompli au quotidien, souvent dans des circonstances difficiles et avec des moyens contraints. Ce rapport leur doit beaucoup. Il est né de l'écoute de leurs difficultés, de leurs réussites et de leur détermination à maintenir, malgré les contraintes auxquelles ils sont confrontés, la qualité et l'humanité de la prise en charge offerte aux patients.

Enfin, les auteurs souhaitent rappeler que ce travail trouve sa justification première dans les attentes et les besoins des patients et de leurs proches. Les difficultés rencontrées quotidiennement dans l'accès aux soins non programmés, les tensions qui pèsent sur les services d'urgence et les conséquences qui en résultent pour les usagers ont constitué le fil conducteur de cette mission. Les recommandations formulées dans ce rapport n'ont d'autre ambition que de contribuer à offrir à chaque patient une réponse plus rapide, plus lisible, plus adaptée à sa situation et à garantir, partout sur le territoire, un accès équitable à des soins de qualité.

Ce rapport est avant tout dédié à ces femmes et ces hommes qui, parfois dans des situations de grande vulnérabilité, font appel à notre système de santé et dont les besoins ont guidé chacune de nos réflexions.