



Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier

**ANALYSE ET PROPOSITIONS RELATIVES AUX URGENCES DANS LE
CADRE DE LA MISSION CONFIEE AU DEPUTE MESNIER ET AU
PROFESSEUR CARLI**

VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME :

DES SOLUTIONS D'URGENCE

A LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX STRATEGIQUES ET TERRITORIAUX

Préambule

C'est avec une certaine solennité que la Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers répond à la sollicitation de la Mission MESNIER-CARLI nommée par Madame la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, sur la question des urgences en France.

*Cette sollicitation, très appréciée des Directeurs, revêt une acuité particulière alors que de nombreux services des urgences sont encore en grève et que ce mouvement, qui ne peut qu'interpeller de par son ampleur et sa durée, traduit l'épuisement du modèle actuel et une attente légitime de véritable **changement de paradigme**.*

Dans ce contexte, la Conférence n'entend pas reprendre une à une les différentes propositions élaborées ces dernières années. En effet, on ne compte plus les rapports sur cette épineuse question. Parfois, les propositions convergent ; d'autres diffèrent mais toutes sont argumentées. Il reste donc aux Pouvoirs publics à choisir les mesures qui lui semblent le mieux répondre aux enjeux nationaux et ainsi à trancher de façon claire sur ce qui est attendu des différents acteurs de l'urgence et des moyens à la fois juridiques, financiers et de management à leur offrir. A cet égard, il serait utile de connaître les raisons pour lesquelles le rapport GRALL portant à la fois sur le diagnostic de situation et des axes de changements possibles n'a pas été retenu. La nouvelle mission a-t-elle prévu de faire siennes certaines de ses propositions ? Au moment de sa publication, la CNDCH avait reçu favorablement ce rapport, ce qui explique que les propositions qui suivent y prennent leur fondement.

*Dans ce contexte, la Conférence des Directeurs des Centres hospitaliers ne serait pas dans son rôle si elle ne commençait pas son propos en alertant les pouvoirs publics sur le fait que les services d'urgence en grève plus ou moins médiatisés ne constituent que la partie visible de l'iceberg. Certaines situations sont au bord de la rupture, mettant ainsi en risque tout l'établissement, sans qu'on puisse évaluer correctement les effets à long terme engendrés au niveau de tous les professionnels. Comment peut-il en être autrement ? Tant la pénurie des urgentistes, certains services ne disposant qu'à peine un tiers de ces effectifs nécessaires et ne fonctionnant quasi exclusivement qu'avec des intérimaires en dehors de tout cadre réglementaire, rend impossible l'élaboration d'un planning prévisionnel pour assurer la continuité des services et prévoir à minima les repos et les congés de ces professionnels. La Conférence veut réaffirmer **sa profonde reconnaissance et son soutien pour tous les professionnels** engagés dans cette activité si spécifique, qu'ils soient médicaux, paramédicaux, hospitaliers ou non. Sur le terrain, compétents et impliqués, ils ne sont pas responsables de la situation de crise mais en subissent de façon directe et parfois*

violente les conséquences y compris parfois sur leur propre santé. Cet aspect ne doit pas être vu de façon anecdotique mais bien comme un fait à prendre en compte en tant que tel. Le temps n'est plus aux polémiques très riches dans le domaine des urgences, aux accusations réciproques et aux oppositions faciles : hospitalier/non hospitalier ; secteur public/secteur libéral ; « blancs » pour le monde de la santé/ « rouge » pour celui des pompiers et de la Sécurité civile ; vraies/fausses urgences. Ces approches souvent caricaturales n'apportent aucune solution et ne font qu'augmenter les tensions. Or, **l'heure est à la concorde et à une approche pragmatique et concertée des problèmes et donc des solutions.** La position des Centres Hospitaliers ira dans ce sens tant le respect et l'apaisement font partie des priorités dans la résolution de la crise. Si elle ne reprend pas à son compte les analyses de l'Académie de Médecine sur l'hôpital public (cf. « L'hôpital public en crise », 2019-02 - Académie de Médecine), la CNDCH estime que les services des urgences, aujourd'hui principal acteur des urgences médicales, subissent effectivement une crise à plusieurs facettes : de perte de sens, financière, de management, de structure, d'organisation, sociale et sociétale.

En même temps, il ne serait pas juste de ne pas rappeler que si la crise est réelle, **les atouts sont nombreux.** Si la population a un recours important à ce service public hospitalier, c'est notamment en raison du niveau de confiance acquis, à raison. Jamais la médecine d'urgence, particulièrement des « vraies » urgences (syndromes coronariens aigus, accidents vasculaires cérébraux, traumatismes graves...) n'a été aussi performante et chacun a sa part dans ces avancées. Reste aujourd'hui à prendre en compte les évolutions structurelles que la société française traverse tant sur le plan médical, social, médico-social et technologique. Les urgences ne sont donc pas le problème en tant que tel. Il faut les faire évoluer de telle sorte que la réponse apportée soit à la hauteur des enjeux qui dépassent très souvent le champ strictement sanitaire. Si le programme du Conseil National de la Résistance avait identifié les enjeux d'accès aux soins comme une question de fond à traiter pour garantir de nouveaux équilibres, justes et pacifiés au sortir de la guerre, c'est bien parce que la santé constitue un **point majeur en termes de droits fondamentaux de la personne et un facteur structurant de bien-être et de paix sociale.** C'est dire que les propositions qui suivent sont présentées avec détermination mais aussi modestie.

Francis SAINT-HUBERT



Président de la CNDCH

Sommaire

I- LES PREMIERES MESURES A PRENDRE : A TOUTES LES ETAPES DE L'URGENCE, CLARIFIER LE ROLE DE CHACUN AU SEIN DES TERRITOIRES	5
1-1 En amont de la prise en charge dans les structures d'urgence	5
1-2 L'accueil et le traitement dans les structures d'urgence	8
1-2-1 Des niveaux permettant à tous d'accéder aux soins y compris d'excellence	8
1-2-2 Une organisation raisonnée des flux au sein des structures d'urgences	10
1-2-3 Une gestion territorialisée des équipes	11
1-3 Un aval des structures d'urgences repensé	12
1-4 La méthode et les outils	13
1-4-1 Un cadre national structurant et sécurisant	13
1-4-2 Le cadre territorial : le niveau le plus pertinent	14
II- LES MESURES A MOYEN TERME FONDEES SUR UNE DEMARCHE CONTINUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DE SOINS	15
2-1 L'identification et l'anticipation des risques affectant l'activité des urgences : vers des plans territoriaux d'identification et de gestion des risques plus lisibles	15
2-2 La démarche de promotion de la santé au sens de la Charte dite d'Ottawa	17
2-3 Des montées en compétences et responsabilité	18
2-4 La qualité et les protocoles	19
2-5 Le soutien aux professionnels : vers un management bienveillant et résilient	20
<i>Tableau de synthèse</i>	22

I- LES PREMIERES MESURES A PRENDRE : A TOUTES LES ETAPES DE L'URGENCE, CLARIFIER LE ROLE DE CHACUN AU SEIN DES TERRITOIRES

L'organisation des urgences est aujourd'hui fragmentée : on ne compte plus les acteurs impliqués, plus ou moins coordonnés et ce, à chacune des étapes. Sortir de la crise actuelle tout en changeant de paradigme nécessite de définir la place de chacun dans le traitement des urgences et que les textes qui s'y rapportent traduisent rapidement les évolutions préconisées.

De façon générale, la CNDCH propose de considérer l'urgence comme un maillon d'une prise en charge globale de la personne et non comme une activité essentiellement hospitalière et sur lequel la concentration des moyens doit sans cesse être accentuée. La revue des expériences étrangères, notamment dans les pays nordiques (Pays Bas, Danemark) montre que **plus la médecine générale est impliquée dans le traitement des soins non programmés dont les urgences et ce, en bonne intelligence avec les services des urgences, plus le système est fluide**. Ces systèmes ne sont toutefois pas complètement reproductibles en France compte tenu de certains paramètres : le cadre réglementaire de la Permanence des Soins Ambulatoires, la structuration des soins primaires, la démographie médicale et le maillage des structures ambulatoires. Partant de ce double constat, la CNDCH propose les évolutions suivantes étant rappelé que les territoires présentent de fortes divergences, particulièrement en ce qui concerne la démographie médicale. Ce facteur structurant amène nécessairement des ajustements pragmatiques. Un socle commun, garantissant un égal accès de tous à des soins sécurisés, doit cependant être garanti.

1-1 En amont de la prise en charge dans les structures d'urgence

La CNDCH est favorable à la poursuite de toutes les initiatives qui consolident la place des médecins généralistes dans le traitement des soins non programmés et la complémentarité des acteurs. Cette promotion pourrait concomitamment porter sur plusieurs plans :

- **les acteurs impliqués dans la régulation** : la CNDCH est favorable au **maintien du binôme ARM et médecin-régulateur** qui semble être le meilleur dispositif, même si dans certains pays, le choix a été fait qu'un infirmier rompu à cet exercice (après une formation spécifique) assure lui-même les orientations, un médecin exerçant par contre une supervision de tous les dossiers traités. Elle exprime une préconisation portant sur le fait que la régulation puisse être assurée pour partie un **médecin généraliste**.

En effet, comme l'a montré le rapport GRALL, la plupart des urgences médicales ne sont pas des urgences requérant une approche spécialisée de l'urgence vitale. Le regard du généraliste est précieux et limiterait l'actuel hospitalo-centrisme du traitement des urgences porté tant par les professionnels que la population qui y fait appel pour différentes raisons (confiance dans la compétence des équipes des urgences, accès à des examens complémentaires, obtention de rendez-vous médicaux plus rapides, déficit du nombre de médecins généralistes sur certains territoires, réduction des visites à domicile par ceux-ci) ... Par ailleurs, de manière à ne pas « déposséder » le médecin généraliste de « son » patient à cette phase d'urgence, il est préconisé de systématiser son information à la phase d'orientation par le centre de régulation.-Cette information pourrait être se traduire par l'envoi par message sécurisé, du résumé de passage pour les patients qui ne seront pas ensuite hospitalisés.

- **l'organisation de la régulation** : sous réserve d'une validation préalable des ARS, la CNDCH préconise que possibilité soit laissée aux acteurs territoriaux, de **basculer les appels d'urgence médicale la nuit vers une plate-forme régionale**, d'abord pour alléger la charge des équipes de régulation départementales et ensuite pour maîtriser les coûts. Si cela semble peu pertinent sur certaines régions démographiquement très importantes, plusieurs centrales d'appels devant être maintenues pour traiter rapidement le flux des appels, cela paraît possible dans certains territoires qui doivent mobiliser des équipes complètes pour assurer les plannings 24 H sur 24, 7 jours sur 7 et ce, sans désorganiser les grands centres compte tenu du nombre d'appels réceptionnés en nuit profonde. Cette possibilité de mutualisation nocturne nécessitera que les équipes régionales prenant le relai aient une connaissance fine des ressources de chaque département couvert en nuit profonde. Pour cela, elles devront impérativement disposer de cartographies des ressources, régulièrement actualisées pour éviter les erreurs d'orientation. Cette solution de régulation régionale des appels nocturnes serait source immédiate de soulagement pour les équipes concernées et permettrait de redéployer du temps médical et non médical. Elle pourrait être définie de façon permanente ou saisonnière : ainsi, les régions connaissant des pics d'activité liés à des flux de population connus (périodes touristiques comme en période estivale dans les zones côtières ou liées aux sports d'hiver) pourront choisir de ne régionaliser le traitement des appels nocturnes que sur certaines périodes de l'année, sous réserve que les périodes soient dument définies avec les centres régionaux en amont de manière à ce que le dimensionnement des équipes en tienne compte.
- **le soutien au premier niveau de réponse : la médecine générale**. Il s'agit de consolider tous les dispositifs permettant à la médecine générale d'assurer **son rôle de prévention et de réponse** aux besoins de consultations et soins non programmés et ainsi d'éviter, autant que possible, le recours inadapté aux urgences. A cet égard, la contribution de « SOS-médecins » sur un nombre important de territoires doit être saluée.

Au-delà des mesures financières incitatives, telles que la création de lettre clés « acte non programmé » ou de revalorisation de la clé relative aux visites à domicile, la CNDCH estime qu'il ne peut plus être fait l'économie d'une réflexion sur une contribution effective de **toutes les structures (maisons de santé, PSLA, cabinets regroupés...)** et de **tous les acteurs ayant l'obligation déontologique de contribuer à la mise en œuvre de la continuité des soins et de la PDSA**. Cette orientation serait partie portée par les CPTS dans les territoires. La PDSA étant une mission de service public, l'ARS devra s'assurer de sa mise en œuvre effective, sous l'égide du CODAMUPS.

En effet, toutes les pistes, même sensibles, pour favoriser la prise en charge des soins non programmés hors structures hospitalières, doivent désormais faire l'objet d'échanges au niveau national. A l'instar du délai fixé de 30 mn d'accès à un service d'urgence pour toute la population, un résultat à atteindre de même nature pourrait être défini en ce qui concerne **le délai d'accès de la population à un professionnel ou centre traitant des soins non programmés**. Cela permettrait de cartographier et donc d'identifier le nombre de structures à créer par rapport à celles qui fonctionnent déjà. Cette réflexion impliquera nécessairement de s'interroger sur les causes qui expliquent les difficultés d'accès aux soins sur chaque territoire : démographie médicale mais aussi nombre de praticiens pratiquant le dépassement des honoraires, organisation, coordination ...

- **L'information de la population pour la rendre actrice du changement :** cette phase est capitale et la CNDCH émet le souhait qu'un plan puisse être lancé dès l'automne. De manière à favoriser son efficacité, deux messages au maximum pourraient être retenus : d'abord, **l'incitation de la population à systématiquement appeler le 15** pour limiter les arrivées spontanées aux urgences. Ce premier message, simple et clair, vise à répondre au constat de recours aux structures d'urgence quand la médecine générale aurait pu répondre, au moins dans un premier niveau, aux besoins du patient. Le second message viserait à sensibiliser la population sur les différences de réponses à l'urgence. Ce second message, plus complexe, pourrait s'inspirer de l'Espagne qui a lancé une campagne à l'intention de la population pour l'informer sur la différence à faire entre les centres d'urgence de premier niveau essentiellement portés par des médecins généralistes et pédiatres (les « Puntos de Atencion Continuada » (« PAC ») et les centres spécialisés dans les urgences vitales ou lourdes (les « Emergencias »). Ce plan de communication a été jugé rapidement efficace dans certaines Autonomies, comme en Andalousie puisque conduisant à une réduction du recours spontané aux services traitant les urgences vitales. Ce second message qui pourrait mettre en avant les effets bénéfiques pour le patient d'une réduction des temps d'attente pourrait toutefois être plus difficile à construire par les communicants : ils devront veiller à ce que les messages ne suscitent pas un rejet des populations situées dans des territoires où l'offre de soins généralistes est déficitaire ce qui provoque un recours

parfois incontournable aux structures d'urgence hospitalières. Cette campagne nationale devra être répétitive, comme celle menée il y a quelques années sur les antibiotiques et qui avait utilisé plusieurs médias : radio, télévision, affichages dans les cabinets hospitaliers et libéraux, auxquels les réseaux sociaux devront s'ajouter.

1-2 L'accueil et le traitement dans les structures d'urgence

1-2-1 Des niveaux permettant à tous d'accéder aux soins y compris d'excellence

L'accueil et le traitement des urgences doivent être repensés de manière à garantir le principe « du bon patient pris au bon moment et au bon endroit ». Pour cela, il est indispensable de **grader les différents niveaux de structures hospitalières en y incluant les dispositifs de soins non programmés, qu'ils soient libéraux ou adossés à des établissements (publics, privés, médico-sociaux...)**. Cette proposition prend appui sur la mise en œuvre, reconnue pour son efficacité, des niveaux de prise en charge en obstétrique, trois niveaux de maternité (I, II, III) ayant été définis.

La CNDCH ne propose donc pas de revenir aux trois niveaux (UPATOU, SAU, POSU) qui ont pu exister précédemment. D'une part, les contraintes notamment d'effectifs fixés par la réglementation étaient finalement assez semblables pour les deux premiers niveaux ainsi que la nuit. D'autre part, ce système ne permettait pas d'orienter la population qui ne faisait pas la distinction des niveaux, le système étant peu clair. En outre, certains patients pouvaient bénéficier de prises en charge qui auraient dû être spécialisées faute d'une régulation plus fine. Ainsi, un patient ayant attendu longtemps dans un SAU pouvait y être finalement pris en charge alors que pour lui éviter toute perte de chance, il eut été plus adapté de l'orienter directement vers un centre plus spécialisé. Enfin, ce système à trois niveaux et le régime d'autorisation qui s'y attachait ne permettaient pas de prendre en compte certaines spécificités des établissements ou des territoires, soit en matière de ressources ou de carences notamment de compétences spécialisées. Or, le succès de la prise en charge des urgences à la française repose en partie sur le lien fort entre les urgentistes et leurs collègues spécialistes. Ne pas prendre en compte cette complémentarité médicale conduit à présenter un modèle théorique ne permettant pas d'offrir à chacun des soins d'excellence. Il en résulte que peu s'étaient appropriés les trois niveaux que constituaient les UPATOU de SAU, et POSU.

Les différents niveaux proposés par la CHDCH reposent donc sur une autre typologie de niveaux et ce, par filière médicale : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, mais aussi urgences spécifiques. Cette nouvelle classification pourrait être valablement établie dans un triple objectif :

- **être clair sur le rôle et la place de chaque structure d'urgence** ; ceci remettra du sens au travail du personnel qui loin de subir un flux exogène prendra en charge ce qui relève de son niveau ;
- **allouer les moyens au regard des filières labellisées** via les autorisations et des objectifs à atteindre : délai maximal de prise en charge, qualité et sécurité de la prise en charge...
- **faciliter la bonne orientation par le centre de régulation** pour que le patient soit pris en charge sans perte de chance tout en évitant des temps d'attente inutiles.

Concrètement, la CNDCH propose que **le premier niveau concerne les structures répondant aux soins non programmés, principalement portés par des médecins généralistes**, comme déjà préconisé par le rapport GRALL. Les autres niveaux seraient définis par filière et se situeraient dans les établissements. Comme pour les niveaux définis en obstétrique dont il s'agit d'étendre le concept à toutes les filières, la régulation des urgences sera facilitée par cette structuration garante de la sécurité des soins. Pour exemple, en matière de chirurgie, plusieurs niveaux pourraient être identifiés allant de la chirurgie générale à des niveaux spécialisés ou hyperspécialisés comme la chirurgie de la main ou la chirurgie ophtalmologique.

Une distinction dans l'opérationnalité des filières pourra être faite en fonction des périodes diurnes et nocturnes, là encore pour que la réalité des prises en charge possibles soit suffisamment connue et maîtrisée par les médecins régulateurs.

Même si l'effectif actuel de pédiatres obère la possibilité d'instaurer de **véritables filières pédiatriques** comme cela est à l'œuvre dans plusieurs pays européens, une réflexion pourra également être menée à ce sujet. En effet, aujourd'hui, la filière est peu sollicitée que ce soit en pré-hospitalier ou dans les structures d'urgences (hormis celles qui comprennent un secteur entièrement dédié en ce qui concerne les locaux et les personnels) alors que dans certains territoires, des pédiatres libéraux comme d'autres spécialistes libéraux pourraient y voir une diversification de leur fonction, au moins sur des temps partiels.

Dès le premier niveau d'accueil dans les structures hospitalières, la possibilité de disposer de **lits d'hospitalisation de courte durée** doit clairement être affirmée et consacrée par les textes réglementaires. Leur intérêt est multiple :

- ils sécurisent les soins ;
- ils favorisent l'implication des spécialistes et le bénéfice de dispositifs transversaux : équipes mobiles de gériatrie, PASS ...
- ils évitent des sorties prématurées des urgences ;

- ils garantissent de meilleures conditions d'accueil des patients nécessitant des investigations et surveillance plus longues ;
- bien conçus et managés, intégrés dans une gestion globale de capacité d'accueil, ils contribuent à la maîtrise des coûts.

Il serait souhaitable d'avoir :

- un état des lits d'hospitalisation de courte durée aujourd'hui installés dans les centres hospitaliers ;
- un descriptif précis des différents modèles organisationnels à l'œuvre, y compris dans la consécration des ressources humaines et en terme de locaux ;
- le profil des patients admis ;
- le nombre d'heures réellement passées dans ces lits en distinguant les périodes de semaine avec le week-end.

La structuration par niveau nécessitera une attention particulière sur la filière gériatrique, en lien avec les équipes mobiles de gériatrie, et sur la filière psychiatrique, en lien avec les équipes des établissements disposant d'une autorisation dans ce domaine, particulièrement pour les prises en charge sans consentement.

1-2- 2 Une organisation raisonnée des flux au sein des structures d'urgences

Au sein des structures d'urgences, deux flux idéalement séparés sur le plan géographique et auxquels des équipes seraient dédiées pourraient être identifiés, sur la base des expérimentations menées récemment par des établissements sous l'égide de l'ANAP :

- **un flux de gestion des urgences dit circuit « court »** qui relève a priori de la médecine générale : piloté par un binôme médecin-IDE, il vise à diagnostiquer et définir le circuit le plus adéquat, le recours aux plateaux médico-techniques nécessaires. Sont concernés les soins sans gravité ou sans risque de gravité : la petite traumatologie, plaies etc.
- **un flux de gestion des urgences dit « circuit long »** pour lesquelles le diagnostic est plus long à établir, le cas échéant en lien avec des médecins spécialistes.

L'ANAP estime à 3 mois le délai d'obtention des premiers résultats à compter de l'identification de ces deux flux.

La séparation de ces flux est jugée souhaitable sur les périodes diurnes (qui concentrent 75% des passages aux urgences, selon les chiffres avancés par le rapport GRALL) mais plus difficilement réalisable sur les périodes nocturnes.

Pour les deux circuits (courts et longs), des **IPA** pourraient être positionnés, avec une formation et rémunération supplémentaires permettant de véritables **délégations de compétences**. Certains actes pourraient, sous réserve de protocoles établis par l'HAS, être faits par ces IPA urgentistes, y

compris de sutures ou les plâtres mais aussi d'autres actes dont la liste doit être établie assez rapidement pour donner une lisibilité des possibilités offertes dans ce domaine. Cette orientation est acceptée par le SAMU-Urgences de France.

De la même façon, en ce qui concerne leur propre organisation, les centres hospitaliers devront favoriser les orientations directes vers les consultations de spécialité (ophtalmologie...) pour éviter une attente inutile et la mobilisation de plusieurs équipes médicales sans plus-value. Parfois, faute de circuits suffisamment réactifs, les médecins généralistes adressent leur patient aux urgences n'ayant pu obtenir de consultations spécialisées dans des délais rapides.

Sur le plan matériel, la structuration des niveaux des services d'urgence et des circuits internes emportera des conséquences sur l'architecture des urgences qui gagnerait à faire l'objet d'un cahier des charges de référence de manière à faciliter la réflexion des équipes.

1-2-3 Une gestion territorialisée des équipes

Dans la logique des niveaux préconisés précédemment, la CNDCH est favorable à ce que **la territorialisation aille jusqu'à l'animation et la gestion centralisée des équipes concernées**. Ainsi, sous la houlette d'un même chef de service des urgences, comme proposé dans le rapport GRALL, les équipes notamment médicales pourront faire l'objet d'une gestion territoriale dont le périmètre serait logiquement celui des GHT permettant ainsi de prendre en compte les ressources et les contraintes, y compris saisonnières des besoins. La CNDCH approuve donc la préconisation du rapport GRALL de concevoir sur chaque territoire une « *équipe de territoire unique de médecins urgentistes sous l'autorité hiérarchique d'un chef de service, de pôle ou d'équipe. Ce chef de service est situé au niveau de l'établissement siège du GHT, par ailleurs siège d'un service d'urgence* ».

Cette possibilité de territorialisation des équipes pourrait également être ouverte à des infirmiers, voire aux futurs « IPA urgentistes » et ce d'autant plus que les délégations de compétences déjà évoquées pourront soulager les équipes médicales de certains centres. Donner cette nouvelle perspective en terme d'évolution permettrait également de fidéliser ce personnel souvent très impliqué et compétent mais dont les conditions de travail, dans les services d'urgences, limitent la durée de leur exercice. Aussi, pouvoir leur proposer d'autres types de poste, au moins sur des périodes, permettrait de les maintenir dans les établissements, notamment dans les dispositifs de soins non programmés hospitaliers.

Cette proposition de territorialisation ne serait pas réaliste si elle ne s'accompagnait pas de **renforts**, au-delà de l'augmentation d'ores et déjà prévue du nombre de médecins urgentistes formés. Ainsi, la présence accrue de médecins généralistes au sein des structures hospitalières d'urgence est par

exemple hautement souhaitée, de même que l'augmentation conséquente des postes d'assistants partagés « Ville-Hôpital ».

1-3 Un aval des structures d'urgences repensé

Les solutions d'aval des prises en charge aux urgences restent une des préoccupations majeures des centres hospitaliers. Trois points semblent incontournables :

- comme les Conférences des Directeurs généraux et Présidents de CME des CHU, la CNDCH préconise un **moratoire sur le gel des lits d'aval** positionnés dans les centres hospitaliers, les hôpitaux de proximité qui doivent jouer un rôle plus grand dans les prises en charge post-urgence ainsi que dans les structures de soins de suite ;
- la CNDCH préconise, en consolidation de ce qui existe déjà dans de nombreux établissements, **la systématisation des « cellules d'ordonnancement »** : ces cellules doivent permettre de gérer et non de subir le lien urgences/services d'hospitalisation y compris d'hospitalisation à domicile, même si l'activité dans les services d'urgence se distingue profondément des outils et temporalités des services d'hospitalisation, sans qu'il soit possible de penser raisonnablement que la mise en cohérence de ces deux types d'approches puisse être, de fait, résolue par des cellules d'ordonnancement ou de coordination. Malgré cette nuance, ces cellules évitent, particulièrement en temps de crise, de faire porter sur la seule responsabilité des urgentistes la question de l'aval des urgences. Elles permettent d'accompagner les équipes sur la mise en œuvre des parcours de patients arrivés par la porte des services des urgences. Elles peuvent concourir à la mise en place, hautement souhaitable de véritables filières, une des filières jugées prioritaires concernant la gériatrie. Les Présidents des CMG en lien avec les responsables médicaux des établissements et des filières doivent donc, dans leur ensemble, jouer un rôle majeur dans cette réflexion complexe. En effet, la CNDCH préconise que ces cellules puissent être désormais **conçues au niveau des territoires**, via les GHT de manière à rester dans la logique de la territorialisation des équipes. Cette dimension permettra de consolider de façon naturelle les projets médico-soignants cohérents des différents établissements d'un même groupement et de rapprocher les pratiques professionnelles, grâce à une **sous-commission des urgences des CMG**.
- la CNDCH souligne l'importance de **l'information post-urgence**, notamment pour éviter les retours aux urgences faute de partage suffisant de l'information notamment auprès du médecin généraliste. La question de l'envoi rapide au moins des résumés de passage, quand la réalisation de compte-rendu est matériellement impossible compte tenu de la charge de travail et du rythme des équipes, reste un sujet d'actualité dans beaucoup de centres hospitaliers, les délais d'envoi étant encore trop longs.

1-4 La méthode et les outils

Pour conduire ces changements, la méthode doit être d'emblée posée. La CNDCH est attachée aux principes suivants.

1-4-1 Un cadre national structurant et sécurisant

Ce cadre national de nature réglementaire posera :

- **les objectifs stratégiques** : ils devront rappeler le droit de chaque personne à bénéficier de soins d'excellence et asseoir la place de tous les acteurs, particulièrement de la médecine générale ;
- **les objectifs de résultat** comme un délai maximal de réponse aux appels téléphoniques d'urgences et de délai (30 mn) de prise en charge, délais applicables sur l'ensemble du territoire ;
- **la typologie et effectifs des professionnels par filière** et par type de structure, notamment des structures d'urgence ; la liste des actes pouvant être délégués aux IPA devra notamment être définie.
- **la typologie des équipements** nécessaires par niveau ...

Ce cadre sera concrètement traduit dans le régime des autorisations d'activité et d'équipement. Le délai d'instruction par les ARS devra être rapide et permettre un passage souple d'un niveau à un autre.

Sur le plan financier, la réforme proposée par la CNDCH en ce qui concerne la structuration en niveaux et la modification des organisations internes à l'hôpital implique des évolutions quant au financement des urgences qui, aujourd'hui, est essentiellement fondé sur le nombre de passages : il y a un paradoxe à ce que les efforts de régulation visant à éviter le recours inadapté aux structures d'urgence ne trouvent pas de traduction dans le financement des établissements. Aussi, une valorisation pourrait s'envisager pour accompagner les établissements dans la structuration de la réponse aux demandes des médecins généralistes concernant l'accès rapide à une consultation spécialisée ou au développement des admissions directes en service d'hospitalisation, en particulier pour les personnes âgées. Concernant les unités d'UHCD, une approche de forfait en fonction du nombre de lits mériterait d'être élaborée.

Le volet financier de la réforme des urgences impliquera également certaines revalorisations comme l'activité des SMUR et ainsi que de nouveaux financements pour conforter les prises en charges sociales et éducatives. A cet égard, la CNDCH souhaite que le financement puisse prendre en compte certains indicateurs comme l'activité, la qualité, le profil médical et social des patients ainsi que les contraintes liées à un fonctionnement 24h/24. La simplification du financement des urgences est également souhaitée.

S'appuyant sur ce cadre national à la fois réglementaire et financier, les ARS seront chargées de la mise en œuvre de ces orientations qui prendront corps dans les schémas régionaux des urgences et valideront les plans territoriaux. Il semble incontournable, vu les enjeux, qu'un **personnel référent de l'ARS** soit officiellement désigné pour accompagner les évolutions, constituer un appui aux territoires, s'assurer de la circulation de l'information entre les opérateurs sur les fermetures définitives ou temporaires de lits, la coopération entre ceux-ci et particulièrement avec les CHU et s'assurer de la réactivité quant à la délivrance ou l'actualisation des autorisations.

1-4-2 Le cadre territorial : le niveau le plus pertinent

Dans la dynamique souhaitée de démocratie sanitaire, la CNDCH souhaite promouvoir des approches de terrain : **la participation des populations et professionnels** à la construction des solutions envisagées permet souvent de trouver des solutions adaptées aux réalités : effectifs des professionnels, pyramide des âges des professionnels, risques sanitaires propres au territoire... Le périmètre géographique pourrait être celui des GHT ou, plus idéalement, des départements.

Par territoire ainsi défini et sous l'égide des CPTS, un diagnostic stratégique partagé entre les acteurs professionnels, les élus, les instances, la population sera établi et conduira à l'élaboration d'un **plan définissant la réponse à l'urgence** mise en œuvre dans ledit territoire, dans le respect du cadre national. **Ce plan identifiera clairement les niveaux des structures d'urgences, filière par filière** comme évoqué précédemment, y compris la présence des équipes SMUR dont la CNDCH préconise le maintien des structures dans le cadre des GHT.

Le partenariat plus ou moins développé entre les personnels de la Sécurité civile (sapeurs-pompiers) devra être construit dans le cadre du Plan territorial par les équipes de terrain : cette liberté d'initiative de terrain sur les partenariats à engager entre les urgences et les pompiers permettra de dépasser les clivages liés à des cultures et outils différents. Si l'intérêt de cette coopération paraît désormais acquis (cf. le récent rapport de la Cour des Comptes), certains territoires y sont prêts soit par conviction soit par nécessité (à noter que l'AP-HP comprenant les SAMU de Paris a déjà établi avec la Brigade des sapeurs-pompiers un « contrat de service » permettant de clarifier la place et les possibilités de coopération. Dans l'Ain, la plate-forme du 15 et 18 sont désormais dans le même bâtiment) ; d'autres territoires auront besoin d'un temps de réflexion et de co-construction plus long. Les plus ambitieux en matière de complémentarité et coopération pourront choisir d'intégrer dans des circonstances à définir, les infirmiers sapeurs-pompiers dans l'activité pré-

hospitalière. Dans ce cas et durant le temps d'intervention, l'infirmier relèvera de l'unique responsabilité du médecin du SMUR. De façon plus générale, la possibilité préconisée par l'IGAS et l'IGA d'intervention du SDIS, en binôme, à la demande du SAMU devra être étudiée territoire par territoire.

Les **professionnels sociaux et médico-sociaux** devront être des acteurs de premier plan de ces travaux territoriaux tant l'urgence médicale est dans un nombre croissant de cas intriquée à des problématiques sociales. Pour en être convaincu, il faut à la fois prendre en compte l'augmentation des secours à personnes des pompiers dans ce contexte ainsi que les arrivées aux urgences dont l'arrière-fond est une situation sociale fragile ou très dégradée. Trop souvent oubliés dans les réformes, ils doivent être considérés comme des acteurs incontournables. A noter que selon une étude de la DREES, les urgences hospitalières sont davantage le recours des catégories socio-professionnelles les plus modestes.

Ce plan définissant des niveaux de prise en charge par filière devra faire l'objet d'une **communication active auprès de la population** de manière à ce qu'elle identifie et comprenne les orientations qu'elle pourra connaître en fonction de l'urgence présentée et des filières nouvellement structurées présentes au sein du territoire ou, le cas échéant, au plan régional (neurochirurgie, grands brûlés...).

Chaque plan territorial devra être validé par l'ARS garante l'accès à des soins de qualité. Il sera revu annuellement afin de prendre en compte les réalités de terrain et maintenir l'attention et l'implication des acteurs qui ont élaboré le Plan territorial.

II- LES MESURES A MOYEN TERME FONDEES SUR UNE DEMARCHE CONTINUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DE SOINS

2-1 L'identification et l'anticipation des risques affectant l'activité des urgences : vers des plans territoriaux d'identification et de gestion des risques plus lisibles

Si les rapports sur les urgences abordent peu ou de façon incidente cette question, il n'en demeure pas moins que la gestion des risques doit faire l'objet d'une préparation spécifique, sur la base du dispositif ORSAN, cette problématique risquant de prendre une dimension accrue. On pense ainsi :

- **aux problématiques migratoires** qui affectent déjà certains services de façon directe avec des conséquences en terme d'adaptation nécessaire de la réponse de l'urgence, par nature sur des délais courts, à des situations complexes, particulièrement pour les mineurs non accompagnés, qui nécessitent une orientation vers des filières associant à la fois les structures institutionnelles sanitaires, médico-sociales et le monde associatif.

- **au développement des catastrophes de type naturelles**, liées ou non au changement climatique : périodes caniculaires de plus en plus importantes, inondations, épidémies nouvelles par leur ampleur comme les maladies vectorielles... A simple titre d'exemple, la dengue poursuit sa progression en France métropolitaine, au-delà de la Loire, avec les conséquences tout à fait prévisibles en termes de recours aux urgences et aux structures d'hospitalisation, y compris de réanimation. De façon plus générale, si de nombreux Plans blancs identifient les risques naturels et technologiques et intègrent les conséquences de plans spécifiques (PPI...), cela doit être généralisé par territoire en intégrant l'évolution désormais prévisible des risques naturels et faire l'objet de fiches-réflexe précises. **La formation de la population** à ces approches doit être pensée, y compris au sein des programmes scolaires où l'éducation devra intégrer les bons réflexes. A cet égard, l'exemple canadien est remarquable : chaque province, sous l'impulsion du gouvernement fédéral, a identifié les risques de façon très précise, par des démarches participatives, associant tous les acteurs et la population. Ces plans provinciaux déterminent les actions à conduire et la chaîne des secours dont les urgences.

- **la question des urgences post - actes terroristes** sur laquelle la littérature abonde en France et à l'étranger ;

- **à certaines problématiques complexes** qui font l'objet d'une mobilisation gouvernementale. Ainsi, les acteurs des urgences, particulièrement les structures d'urgence, doivent faire siennes les priorités nationales désormais portées par les pouvoirs publics sur :

- **la victimologie dont les violences faites aux femmes et violences conjugales** : ainsi, l'expérience du CAUVA au CHU de Bordeaux pourrait valablement être étudiée car ce centre, en lien avec les urgences, permet d'orienter la victime vers une indispensable prise en charge pluridisciplinaire incluant la médecine légale et qui dépasse le cadre rapide et donc très insuffisant du temps de l'urgence. Repérer et offrir un accompagnement au long cours des victimes, en leur évitant la multiplicité des intervenants, permet de réduire le recours ultérieur aux urgences ;

- **la question spécifique de l'aide sociale à l'enfance** : le suivi médical de mineurs ou jeunes majeurs faisant l'objet de mesures administratives ou judiciaires de protection de l'enfance est communément admis comme très insuffisant. Il se traduit par un recours régulier et inadapté aux services d'urgences, faute de bilans médicaux réguliers et prise en charge coordonnée de ces mineurs en danger. Ainsi, les épisodes de crises et de mises en danger de toute nature (fugues, addictions, tentatives de suicides, expositions aux IST-VIH, scarifications, troubles du comportement...) sont légions. Les travaux menés actuellement par le Secrétariat d'Etat à la protection de l'enfance devront être pris en compte de façon spécifique par les structures d'urgence. Il conviendra en premier lieu que les personnels des urgences soient formés aux **informations préoccupantes dès les premiers signes d'inquiétude** souvent identifiables au stade des urgences. Des protocoles simples devront, dans le cadre du diagnostic territorial, être élaborés en lien avec les CRIP. Le nombre de personnels formés et le nombre de signalement effectués pourront être intégrés aux indicateurs qualité des territoires.
- **la question plus générale de la précarité sociale**, réalité qui se marie difficilement à la culture des équipes urgentistes. Or, le vieillissement de la population, l'isolement social ou la proportion de personnes vivant en France en dessous du seuil de pauvreté nécessitent, y compris au moment de l'expression de l'urgence, un regard le plus exhaustif possible de la situation de la personne.

Ces différentes questions sanitaires mais aux confins de champs sociaux, médico-sociaux et parfois culturels, complexes, montrent la nécessité de disposer, territoire par territoire, de données objectives sur le profil des personnes reçues aux urgences. Ainsi, la part des personnes se présentant et ne bénéficiant par ailleurs d'aucun médecin traitant est une question vaste qui mérite d'être traitée dans les réflexions territoriales car cet élément a un impact direct sur le nombre de passages aux urgences, la typologie des soins qui y sont attendus et les possibilités, plus ou moins existantes, du suivi des prises en charge préconisées aux urgences.

2-2 La démarche de promotion de la santé au sens de la Charte dite d'Ottawa

La demande exprimée en termes d'urgence et l'exigence de réponse immédiate conduisent à privilégier des réponses dans des délais courts quand l'enjeu n'est pas tant de prendre en charge un patient mais bien **une personne dans sa complétude et complexité**. Ceci inclut une **prise en compte de son environnement à la fois social, culturel, environnemental ainsi que ses représentations de la santé et de la maladie**. Ainsi, les acteurs de santé français doivent être davantage formés et impliqués dans les démarches de promotion de la santé voire de santé communautaire, d'où la proposition de changement de paradigme.

Des professionnels, pouvant aisément être des personnels des services civiques, pourraient être mobilisés non pas prioritairement dans les structures d'urgence mais auprès des médecins généralistes. Formés à la promotion de la santé et idéalement pilotés par des IPA, ils mèneraient des actions individuelles et collectives et prépareraient des visites à domicile pour certaines populations particulièrement fragiles. Ils pourraient prendre le titre **d'éducateur sanitaire**. Des expériences montrent la plus-value immédiate de ces professionnels qui non seulement facilitent le travail des médecins, les soulagent des approches sociales et médico-sociales souvent très chronophages mais aussi vérifient la compréhension du patient et de sa famille par exemple pour favoriser la bonne observance des traitements.

Ce type de démarche n'est pas sans illustration. En Espagne, existent dans certaines autonomies **des équipes pluridisciplinaires de terrain** impliquées tant dans le champ préventif que curatif comprenant médecins, infirmiers, pédiatres, travailleurs sociaux. Elles réalisent, si besoin, des visites à domicile. En Nouvelle Calédonie, ont été structurées des Unités provinciales d'actions sanitaires et sociales (UPASS) comprenant des équipes recrutées sous statut public notamment médecins généralistes assurant le premier niveau d'urgences en lien avec le SAMU en cas d'urgence extra-hospitalière et intra-muros en cas de demande de soins non programmés. Ils reçoivent une formation spécifique à l'activité d'urgence et une sensibilisation aux techniques de promotion de la santé. Cette organisation a permis de réduire les soins non programmés en moins de deux ans tout en développant la médecine préventive et en réduisant les coûts.

2-3 Des montées en compétences et responsabilités

Comme indiqué précédemment, la CNDCH se positionne sur plusieurs volets ayant trait aux ressources humaines, tant des centres hospitaliers que des professionnels intervenant en secteur ambulatoire :

- **la confirmation de la reconnaissance de la pénibilité du travail** des professionnels impliqués dans les urgences tant hospitalières qu'ambulatoires ; le volet financier est jugé indispensable y compris pour limiter le turn-over de ces professionnels ;
- **l'orientation d'IPA** vers les compétences dans le domaine de l'urgence, particulièrement pour jouer un rôle plus grand dans les circuits courts de prise en charge ; le besoin en terme d'effectif devra être établi d'ici la fin 2019 de manière à ce que les premières expérimentations débutent dès 2020 ;
- **le développement de postes d'éducateurs sanitaires** comme évoqué, principalement au bénéfice de la médecine générale. Certains pourraient toutefois être positionnés dans les structures d'urgences principalement pour gérer les accompagnants et utiliser le temps d'attente comme espace de

prévention et d'information sur la structuration des urgences sur le territoire. Cette action nécessitera du temps : formation à concevoir et recrutement ;

- **la généralisation de coordonnateurs ambulanciers au sein des SAMU ou des futures plates-formes mutualisées**, comme déjà préconisé par le rapport IGAS-IGA, tout en réaffirmant la liberté des établissements quant à l'organisation des transports sous leur responsabilité ;
- **la généralisation de poste d'assistants de services sociaux dans les structures d'urgences**, y compris le week-end ;
- **l'organisation des formations croisées** : urgentistes-gériatres ; hôpital-EHPAD
...
- **l'appui à la fois de l'Etat et des collectivités territoriales sur l'accélération de la formation de certains professionnels**. Pour exemples, cet été a montré le déficit important de personnes titulaires du BNSSA ou du BNMNS, professionnels indispensables dans les premières réponses à apporter aux secours liés aux activités aquatiques. Or, le nombre de noyades reste en France à un niveau élevé. Les diagnostics territoriaux pourront sur cette thématique spécifique comme d'autres, établir les enjeux en termes d'effectifs et de formation, avec le concours des municipalités.

2-4 La qualité et les protocoles

Plus les partenariats de professionnels aux cultures professionnelles différentes sont nécessaires, plus ils doivent être accompagnés par des référentiels et protocoles qualité solides. Le **rôle de l'HAS et de l'ANAP** est donc important dans cette phase de changement de paradigme et devra porter sur toute la chaîne des urgences, notamment y compris sur la question des **transports sanitaires**. Les **protocoles des IDE hospitaliers et des infirmiers sapeurs-pompiers** devront faire l'objet d'attention particulière de même que les protocoles fixant le cadre des visites à domicile à promouvoir auprès de la médecine générale.

La qualité des conditions d'accueil devra également faire l'objet d'évolutions, même si cela devra suivre le calendrier des restructurations hospitalières par nature difficiles à financer et conduire dans des délais courts. A cet égard, la préconisation du Pr CARLI relative aux salles d'attente des urgences allant jusqu'à la préconisation de la multiplication des prises électriques permettant aux accompagnants de recharger leur téléphone portable est à retenir tant cela permet aux accompagnants de gérer ces périodes sensibles en étant en lien avec leurs proches. Cela diminue également la sur-sollicitation des agents d'accueil des services d'urgences. L'animation de ces espaces par les éducateurs sanitaires est à privilégier en sus de ces dispositifs matériels.

2-5 Le soutien aux professionnels : renforcer le management bienveillant et résilient.

Comme souligné dans le Préambule, force est de constater que les personnels impliqués dans l'activité des urgences présentent les caractéristiques de professionnels épuisés par une crise qu'ils estiment ne pas maîtriser et qui limitent leur capacité d'action, sans aucune possibilité d'initiative. Dans ce contexte de fragilité, tout évènement indésirable et a fortiori les actes de violence soit exogènes (agressivité d'un patient ou d'un accompagnant) soit endogènes aux établissements (conflit avec un service hospitalier d'aval des urgences, dialogue difficile avec la direction) prend des proportions importantes et surajoutent aux tensions parfois de façon durable. Un évènement isolé est présenté dans le discours comme acte récurrent et chaque médiatisation d'un acte de violence subi dans un service hospitalier d'urgences vient réactiver le traumatisme. La solidarité professionnelle et émotionnelle entre équipes des centres hospitaliers ne doit pas être sous-estimée et les **services de santé au travail** doivent être actifs en termes de prévention et de prise en charge de ces équipes en souffrance.

De la même façon, une vigilance s'impose quant aux effets collatéraux induits par certaines mesures qui visent à soutenir, par exemple avec l'octroi de primes ou mise en place de dispositifs spécifiques, les équipes des urgences, alors que certains autres secteurs hospitaliers connaissent une pénibilité de même intensité. Cela peut accentuer le positionnement particulier voire isolé des urgences au sein des établissements, voire accroître certaines tensions internes, quand les enjeux et solutions sont profondément collectifs.

Dans le cadre d'une **démarche managériale résiliente**, la CNDCH en appelle à **la fin des injonctions paradoxales** qui se répercutent sur les personnels de terrain. Les discours sur le respect des droits des patients, de son intimité, la confidentialité des informations, son consentement doivent être plus modestes dans leur expression car elles se heurtent violemment à la réalité des couloirs des urgences où les patients attendent longuement, parfois sur des brancards. Le souhait de développer des protocoles à la fois complexes, longs comme l'éducation thérapeutique au sens de l'HAS, se heurte également aux réalités de moyens à la fois en effectifs et formation : les exigences sont telles que les actions en deviennent difficilement envisageables. Il résulte de ces injonctions un sentiment permanent pour les personnels hospitaliers, particulièrement des urgences, à faire un travail de mauvaise qualité, ce qui ne peut que favoriser un mal-être profond et sans solution pour le professionnel lui-même. Or, les professionnels de santé ont besoin d'avoir des cadres d'exercice leur permettant d'être fiers de leur travail et non en tension permanente. C'est une condition de leur implication à la fois réelle et dans le temps, tout autant que les questions relatives aux primes.

De la même façon, un des intérêts de la médecine hospitalière est le **travail d'équipe**, à la fois promu et ritualisé (notamment par les temps de

« transmission ») : les services des urgences de par leur organisation, parfois leurs locaux, et leur activité sont souvent bien incapables d'être dans cette dynamique, les personnels n'ayant d'autre choix que d'avancer seuls pour traiter le flux des consultants. Cela les prive donc l'intérêt même de l'exercice hospitalier. Ce point doit donc être pensé de telle sorte que le travail en équipe soit réellement la règle, y compris en période de suractivité.

Au-delà des questions de formation et de reconnaissance, la CNDCH estime incontournable de poursuivre toutes les réflexions relatives au **soutien des personnels**, particulièrement médicaux, en prenant en compte certaines de leurs attentes propres aux nouvelles générations comme le nécessaire équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, la possibilité de suspendre son activité professionnelle pour un temps, etc... Nier ces évolutions est contre-productif et mieux vaut anticiper la poursuite de l'expression de ces attentes et innover. De même que certaines expérimentations fondées sur la possibilité pour des médecins généralistes de devenir salariés ont pu porter leurs fruits en matière de recrutement ou de maintien de médecin généraliste, des expérimentations propres au secteur hospitalier pourraient être menées dans ce domaine sans tabou. Le périmètre des GHT pourrait être riche en possibilités offertes de variété de l'exercice. Enfin, bien que sensible, la question du temps de travail et l'organisation sous le format des 24 heures ne doivent pas être considérées comme définitivement traitées : si la situation actuelle apporte à court terme des avantages pour les médecins concernés (temps non travaillés), elle a un impact tant sur la santé des personnels concernés qu'en termes, dans certaines circonstances, de sécurité des soins. A cet égard, la réflexion doit associer de façon forte les services de santé au travail.

Les plans territoriaux devront inclure une démarche dite de « **collectivité résiliente** » qui désigne l'aptitude d'un système d'une « collectivité à s'adapter aux perturbations découlant d'aléas, par la résistance, la capacité de récupération ou le changement en vue d'atteindre et de maintenir un niveau acceptable de fonctionnement ». Cela nécessite que la sortie de crise des urgences repose sur un partage des responsabilités entre les citoyens, les intervenants, les organisations et les collectivités. Tout un programme mais réaliste compte tenu des atouts existants.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS DE LA CNDCH

LES MESURES D'URGENCE	Privilégier la participation des médecins généralistes dans la régulation des appels téléphoniques d'urgence
	Donner la possibilité de mutualiser à un échelon régional les appels téléphoniques d'urgences en nuit profonde.
	Renforcer le rôle de la médecine générale dans la prévention et la réponse aux consultations et soins non programmés et réfléchir aux possibilités d'une régulation plus efficace de la continuité des soins ambulatoires et de la PDSA
	Définir un délai d'accès de la population à un professionnel ou centre traitant des soins non programmés et en conséquence cartographier les besoins restant à couvrir
	Dès l'automne 2019, lancer un plan national de communication à l'intention de la population générale l'incitant à appeler de façon systématique le Centre 15 avant de se rendre aux urgences hospitalières
	Conforter les lits d'hospitalisation de courte durée dans les services d'urgence
	Définir par territoire des niveaux de structures d'urgences par niveau et par filière
	Positionner des « IPA urgentistes » avec délégation sur des actes médicaux, sur la base de protocoles formalisés
	Gérer de façon territoriale et via une seule hiérarchie les équipes de médecins et futurs IPA urgentistes
	Systématiser l'information du généraliste, sous forme de résumé, après passage aux urgences
	Confirmer le moratoire des gels de lits de MCO et de soins de suite
	Créer des cellules d'ordonnancement pour maîtriser les flux, à l'échelle des GHT
	Disposer d'un cadre réglementaire national affirmant les principes fondamentaux de l'activité des urgences dont un référent au sein de chaque ARS garantirait le respect, notamment via la délivrance des autorisations.
Faire évoluer, tout en le simplifiant, les modalités de financement des urgences et favoriser financièrement les solutions visant à limiter le recours inadapté aux structures d'urgence	

	Elaborer par territoire, avec les CPTS, des plans territoriaux des urgences organisant les niveaux par filière.
	Promouvoir des partenariats formalisés SAU - SP pour soulager les équipes hospitalières de certaines prises en charge pré-hospitalières.
LES MESURES STRUCTURELLES A MOYEN ET LONG TERME	Définir par territoire une cartographie des risques dont les risques émergents et former la population à certains risques majeurs.
	Intégrer les priorités nationales de santé publique dans les prises en charge de l'urgence.
	Créer des postes d'éducateurs sanitaires aux urgences et auprès de la médecine de ville afin de promouvoir les démarches de promotion de la santé.
	Promouvoir des équipes pluridisciplinaires autour des médecins généralistes incluant des travailleurs sociaux.
	Poursuivre les efforts de formation des professionnels intervenant dans les urgences : généralistes, médecins, IPA, professionnels de certains risques spécifiques, en associant plusieurs collectivités.
	Développer les protocoles qualité (délégation de compétence des IPA, mobilisation des ISP, ...) qui sécurisent les pratiques professionnelles, en s'appuyant sur l'HAS et l'ANAP.
	Poursuivre les démarches prenant en compte les aspirations des professionnels, notamment médicaux : préservation de la vie privée, souplesse dans les exercices, parcours professionnels plus variés ...
	Poursuivre les plans d'amélioration des locaux des urgences.
	Développer un management bienveillant et résilient pour les équipes engagées dans l'activité des urgences.