

Urgences

**Une réforme du financement
au service des « besoins ».**

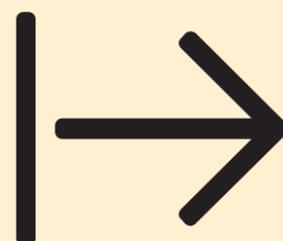
SAS

**Le thermomix de la santé pour
mieux orienter les populations.**

Covid-19

**Des patients transférés
en Allemagne.**FHP-MCO
Syndicat national
des 590 établissements
de santé privés
exerçant une activité
en Médecine, Chirurgie,
Obstétrique (MCO).
FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

Service d'accès aux soins Un plan de refondation ambitieux

NOTRE
DOSSIER

Un guichet unique répondra aux soins non programmés de la population pour l'orienter vers la prise en charge la plus pertinente. Un plan ambitieux en 12 mesures et un budget de 754 millions d'euros supplémentaires engagés sur la période 2019-2022.

➔ **LIRE PAGES 2 ET 3 LES CONTRIBUTIONS DES PROMOTEURS ET PRATICIENS DE TERRAIN**



SAS : des solutions et des inquiétudes

Le plan « Ma santé 2022 », le rapport Mesnier/Carli sur les urgences, puis le Pacte de refondation des urgences installaient il y a déjà 18 mois le Service d'accès aux soins (SAS) comme le nouveau paradigme qui réorganise l'amont de cette activité et crante l'offre sanitaire de soins non programmés. Ce guichet unique entend répondre aux demandes de la population pour l'orienter au plus juste en visant la pertinence de la prise en charge. Le point de vue adopté est enfin celui du patient qui souhaite précisément un accès aux soins, et non plus celui des institutions et des acteurs.

Toutefois nous sommes très vigilants sur la méthode : la co-construction affichée sera-t-elle réelle au sein des 22 sites expérimentaux ?

Parallèlement, les travaux sur la gradation des structures d'urgences dans le cadre de la réforme des autorisations et de la réforme du financement introduisent une dotation populationnelle, qui représente dès le 1^{er} janvier 2021 la plus grande part du financement des établissements de santé. Ce nouvel éco-système appelle naturellement des questionnements sur les changements engendrés par ces évolutions structurelles.

édito

Je vous souhaite une excellente année 2021 apaisée et pleine de projets, dont les pages sont à écrire ensemble ! Les membres du conseil d'administration sont à vos côtés pour vous accompagner dans les nouveaux enjeux liés à la mutation de nos métiers.

Frédérique Gama
Présidente de la FHP-MCO



URGENCES

Une réforme de financement

Rapports, missions, préconisations se sont succédé, sans infléchir l'augmentation annuelle de 2,5 à 3 % d'activité des urgences. La ministre de la Santé Agnès Buzyn lançait en septembre 2019 le Pacte de refondation des urgences : mesure n° 1, la création d'un Service d'accès aux soins (SAS), mesure n° 10, une réforme du financement des urgences. D'un financement des moyens à un financement régional des besoins de la population en 3 compartiments combinés.

Le financement actuel, d'un montant de 4,6 milliards d'euros, est directement lié au nombre de passages enregistré, sans prise en compte de la complexité des soins réalisés. Il n'incite pas les structures d'urgences à se recentrer sur l'activité que nul autre acteur ne peut offrir : l'accueil et la prise en charge des patients « lourds », relevant de la médecine d'urgence. Même si cette réforme n'a pas vocation à faire des économies, la FHP-MCO accompagne ces travaux afin de veiller à ce que ce nouveau dispositif ne soit pas pénalisant pour les établissements de santé privés, ni pour leurs patients.

CRÉATION D'UNE DOTATION POPULATIONNELLE (53 % DU FINANCEMENT)

Cette enveloppe forfaitaire dépend d'une part de l'importance de la population concernée et de ses caractéristiques socio-économiques, et d'autre part, notamment de la densité médicale libérale dans les territoires. Cette dotation populationnelle est le seul compartiment de financement à la main des ARS via un comité régional qui donne un avis sur les critères d'allocation et à qui l'ARS rend des comptes sur les dotations allouées.

LES RECETTES LIÉES À L'ACTIVITÉ (46 % DU FINANCEMENT)

Ces recettes tiennent mieux compte de la lourdeur des prises en charge et du volume d'activité des services. Elles comprennent : les honoraires des urgentistes, les actes de biologie et d'imagerie (chacun avec des forfaits respectifs), et un forfait à la charge du patient. Cette valorisation de l'activité est fondée sur des forfaits et des suppléments qui intègrent les honoraires libéraux des établissements de santé privés. Le FPU (Forfait de passage aux urgences) contient l'ensemble du reste à charge des patients. Il a une valeur unique pour tous les patients.

UNE DOTATION COMPLÉMENTAIRE QUALITÉ (DANS LA LIMITE DE 2 À 4 % DU FINANCEMENT)

Au-delà du programme d'Incitation financière à la qualité (IFAQ), une montée en charge progressive d'indicateurs qualité spécifiques à l'activité des urgences est prévue selon 3 indicateurs en 2021, 2 indicateurs complémentaires en 2022 et 1 indicateur supplémentaire en 2023.

Le service d'accès aux soins

- ☑ Un guichet unique ou un point d'entrée commun...
- ☑ Un régulateur impartial
- ☑ 22 sites expérimentaux pour co-construire le dispositif avec l'ensemble des acteurs de soin d'un territoire

SAS. Le thermomix de la santé

Le point de départ du SAS est le désengorgement des services d'urgences, son point d'arrivée, plus ambitieux, est un nouveau service d'orientation de la population dans les parcours de soins. Le dispositif est systémique et embarque tous les acteurs d'un territoire.

YILDIRAY KUCUKOGLU, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CLINIQUE DES CÈDRES, CORNEBARRIEU (31)

La plateforme d'appel SAS vient s'interfacer entre tous les acteurs pour réguler 100 % des appels des personnes qui nécessitent des soins non programmés en urgences vitales ou relatives. Pour cela, les grands régulateurs le Samu et le CHU, les services d'urgences publics et privés, la médecine de ville, et potentiellement tous les établissements hospitaliers, y compris ceux qui n'ont pas de service d'urgences, sont intégrés dans le dispositif.

Immédiatement, nous avons pensé qu'il fallait être présents dès la pose des fondations et durant les phases d'élaboration du SAS afin que l'hospitalisation privée ne soit pas la grande oubliée de ce nouveau dispositif.

Dans le département 31, chaque hiver, dès lors que les services d'urgences entrent en tension, nous sommes convoqués par l'ARS en cellule de crise, de laquelle ne sortent au final que des décisions autoritaires. L'ARS a donc répondu à l'appel à projets national d'expérimentation du SAS pour trouver une solution. Notre département, comme 21 autres, a été retenu pour expérimenter la mise en place d'un SAS selon le cahier des charges établi dans l'instruction ministérielle du 24 juillet 2020.

L'ARS 31 a donc convié la FHF, FHP, FEHAP, le Conseil de l'Ordre des médecins, l'URPS médecins et infirmiers, SOS médecins, le Samu, le CHU dans un mode projet au calendrier extrêmement serré. Le bureau

de la FHP Occitanie, puis un groupe de travail départemental ont organisé la présence d'un binôme, directeur ou médecin, selon leurs compétences, représentant notre secteur dans chacun des comités techniques thématiques.

L'ÉCOSYSTÈME SANITAIRE TERRITORIAL AUTOUR DE LA TABLE

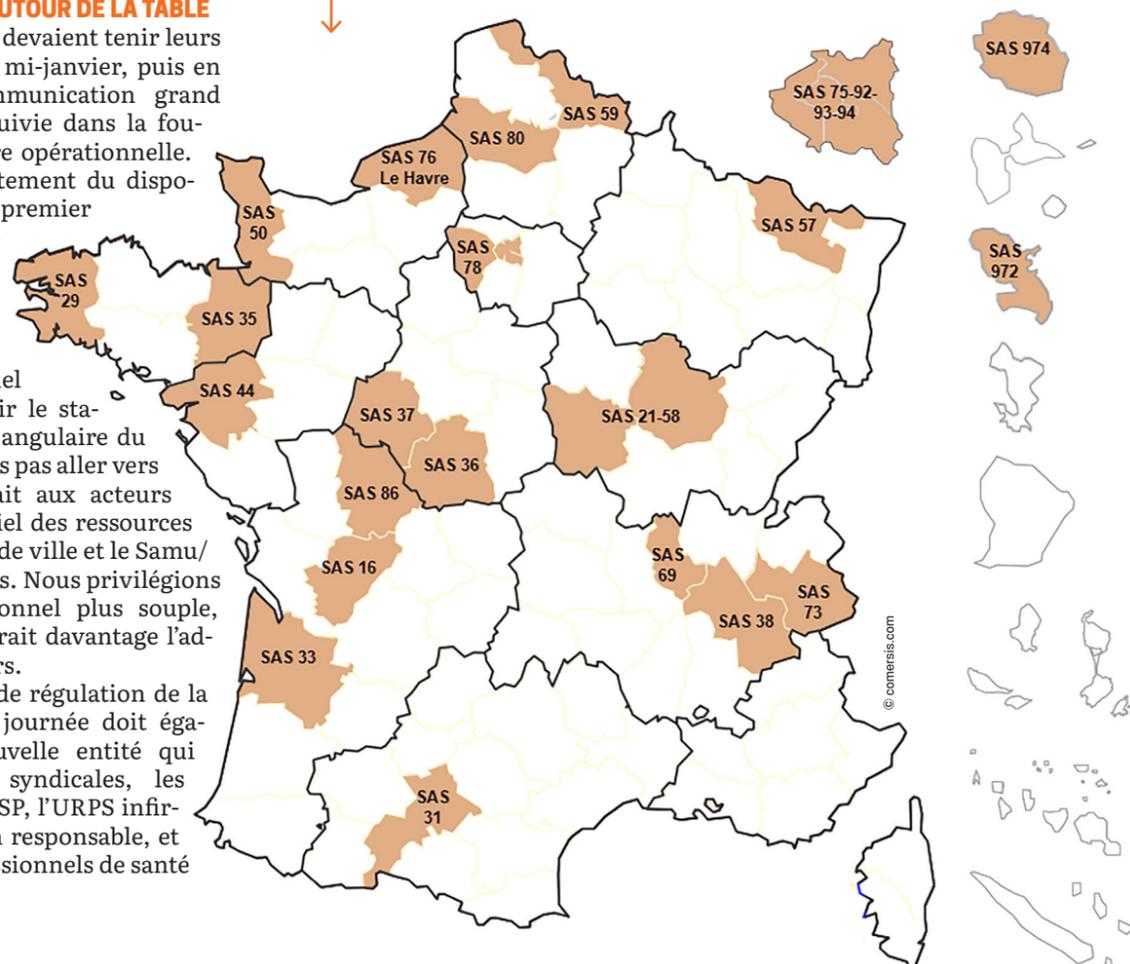
Ces 10 comités devaient tenir leurs réunions d'ici la mi-janvier, puis en février, une communication grand public est prévue, suivie dans la foulée d'une mise en œuvre opérationnelle. Au printemps, un ajustement du dispositif est planifié et un premier retex cet été. Ce planning est intenable tant de travaux sont encore à mener.

Le comité technique de gouvernance auquel je participe, doit définir le statut juridique, la pierre angulaire du SAS. Nous ne souhaitons pas aller vers un GCS qui autoriserait aux acteurs qui fournissent l'essentiel des ressources humaines, la médecine de ville et le Samu/CHU, d'en tenir les rênes. Nous privilégions un dispositif conventionnel plus souple, fédérateur, qui obtiendrait davantage l'adhésion de tous les acteurs.

Le comité technique de régulation de la médecine générale en journée doit également créer une nouvelle entité qui regroupe les unions syndicales, les CPTS, les Ordres, les MSP, l'URPS infirmiers, puis nommer un responsable, et enfin recruter les professionnels de santé

Au total, 22 projets ont été retenus pour faire partie de la première phase d'expérimentation. Les différents sites pilotes couvrent plus de 40 % de la population, ce qui assure une couverture territoriale large, concernant aussi bien des pôles urbains que des territoires moins denses ou connaissant des problématiques de désertification médicale.

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ



DR FRANÇOIS BRAUN, PRÉSIDENT DU SAMU-URGENCES DE FRANCE

« Le patient définit son urgence »

Diagnostiquer soi-même un infarctus ou une crise d'angoisse à partir d'une douleur dans la poitrine est difficile. C'est le patient qui définit son urgence et c'est ensuite le médecin au téléphone qui, selon la gravité des symptômes déclarés, décide si le patient relève de l'aide médicale urgente ou de la médecine générale. Notre idée est d'avoir non pas un point d'entrée unique mais un point d'entrée commun. Le principe du SAS est indépendant



de la notion de numéro. Les Français souhaitent un numéro unique quand nous imaginons un numéro commun. Le 15 est probablement trop lié aux urgences et, pour nos confrères généralistes, renvoie à l'image de l'hôpital grand ordonnateur. Nous serions prêts à l'abandonner au profit du 113 par exemple. Notre position est de suggérer 2 plateformes qui arrivent au même endroit. Aujourd'hui, la régularisation médicale est effectuée au même endroit quel que soit le numéro d'entrée, 116-117, 0820, 332020, 3333, 15. Ce n'est pas une usine à gaz mais un orchestre symphonique. Il faut un chef d'orchestre, c'est ce 113, vous avez les cuivres, c'est la médecine d'urgence puisqu'on fait beaucoup de bruit, les cordes, plus subtiles, c'est la médecine générale, et on va jouer ensemble.

LE SAS REMET CHACUN FACE À SES RESPONSABILITÉS

Est-ce que les urgentistes sont prêts à « donner » aux généralistes ce qui leur appartient ? Un généraliste régule bien mieux qu'un urgentiste ce qui relève de la médecine générale. Comme un urgentiste régule mieux ce qui relève d'une urgence. Nous devons continuer à marcher sur nos deux jambes. Le SAS ne tiendra la route que s'il est co-construit. Il faut se projeter sur l'avenir mais il faut aussi des incitations financières pour nos collègues généralistes que nous soutiendrons.

Note. Nantes vient de publier un travail qui montre que grâce au système de SAS, 98 % des appels sont traités en moins d'une minute.

« Il faut un chef d'orchestre, c'est ce 113, vous avez les cuivres, c'est la médecine d'urgence [...], les cordes, plus subtiles, c'est la médecine générale, et on va jouer ensemble. »

Par ailleurs, nous portons une attention particulière au libre choix du patient, principe qui est inscrit dans le code de la santé publique et que le SAS devra respecter. Enfin, notre vigilance est requise sur les potentiels impacts sur les parcours de santé. Si le SAS est géré avec du bon sens, en toute neutralité, selon des règles décidées conjointement, sans exclure aucun acteur, nous disons « pourquoi pas ». Cette plateforme facilitera l'accès aux soins d'un médecin généraliste ou spécialiste en ville ou en consultation externe et peut mettre en connexion un service pédiatrique privé, un néphrologue en centre lourd ou un cardiologue, etc., avec un patient en demande de soins.

DR JACQUES BATTISTONI, PRÉSIDENT DU SYNDICAT MG FRANCE

Un seul numéro : le 116-117

La situation épidémique a bien montré tout l'intérêt qu'il y aurait à avoir un service organisé de soins non programmés. De plus en plus d'appels arrivent au centre 15, plateforme commune, qui relèvent du soin non programmé mais pas de l'urgence médicale. J'ai besoin d'avoir un rendez-vous médical dans la journée voire le lendemain, or mon médecin est absent ou je n'en ai pas, comme moins de 10 % de la population. La nouveauté fondamentale du SAS, c'est d'offrir une réponse organisée. Le numéro unique 116-117 concrétise selon nous au mieux cette organisation autonome des soins de ville.



UN RÉGULATEUR, DES EFFECTEURS

Nous avons besoin d'un opérateur qui reçoit les appels, oriente vers le 15 ou vers les soins de ville, et d'un médecin régulateur qui vient en aide le cas échéant et peut exercer ce rôle depuis son cabinet. Puis, il y a les effecteurs, c'est à dire l'ensemble des médecins généralistes du territoire. Les agendas en ligne, dont ils disposent quasiment tous, doivent être agrégés, géolocalisés et accessibles par l'opérateur. Les praticiens doivent organiser leur agenda autour des consultations de leurs patients, des patients chroniques et ménager des plages pour des patients « SAS » qui résident près de leur cabinet. Le bon périmètre est probablement l'échelle du département donc il faut que les CPTS mettent en commun leurs moyens pour organiser cette réponse.

En parallèle, nous avons plusieurs modèles à négocier avec l'Assurance maladie : les CPTS qui se mettent en place progressivement, les maisons de santé qui sont bien plus qu'un exercice coordonné, les équipes de soins primaires à créer, et les incitations financières pour participer au SAS

« La nouveauté fondamentale du SAS, c'est d'offrir une réponse organisée. »

Le SAS est une brique majeure du pacte de refondation des urgences et de la réforme de financement. Les représentants de l'hospitalisation privée des commissions techniques des 22 départements expérimentateurs vont se coordonner au niveau national pour défendre l'équité des acteurs.

Au total, 22 projets ont été retenus pour faire partie de la première phase d'expérimentation. Les différents sites pilotes couvrent plus de 40 % de la population, ce qui assure une couverture territoriale large, concernant aussi bien des pôles urbains que des territoires moins denses ou connaissant des problématiques de désertification médicale.

dont on ne sait pas encore si leur présence sera ou non sur la base du volontariat.

Le comité technique de régulation a pour mission d'édicter les critères médicaux de la régulation vers le Samu, les services d'urgences, les consultations externes, etc. Le comité de soins non programmés traités en médecine de ville hors urgences recense les besoins du territoire, identifie les acteurs de soin, et planche sur leurs interactions. Le comité technique outils décide de la plateforme numérique, dont le choix est majeur. Le comité technique de formation forme les régulateurs pilotes de la plateforme.

Je siège également au comité d'évaluation qui définira les critères d'évaluation d'efficacité du dispositif. Il faut objectiver les actions pour éviter les a priori et les débats basés sur de simples ressentis ou impressions. Les datas mises à disposition par l'observatoire des urgences permettront d'alimenter ces discussions et seront une aide précieuse aux décisions.

Ces groupes de travail sont complétés par des comités par filière, psychiatrie, anti-poison, etc. La filière gériatrique poursuit l'objectif déjà affiché dans le Pacte de refondation des urgences d'un « 0 » passage des personnes âgées aux urgences afin d'éviter toute perte de chance. Cela signifie l'organisation d'un accès direct à des structures adaptées et l'anticipation en amont de ces situations aiguës.

L'IMPARTIALITÉ DE LA RÉGULATION EST VITALE

Les patients amenés par la régulation du Samu ne représentent que 20 % environ des soins non programmés effectués par l'hospitalisation privée. Si demain les 80 % restants sont captés par le SAS et régulés de façon inéquitable, les services d'urgences privés feront face à de grandes difficultés. Nous devons plus que jamais nous assurer de la neutralité et de l'impartialité du régulateur. Nous avons parfois l'impression d'être la variable d'ajustement du CHU pour 20 % de notre file active. Cette situation serait

« Si le SAS est géré avec du bon sens, en toute neutralité, selon des règles décidées conjointement, sans exclure aucun acteur, nous disons "pourquoi pas". »

inacceptable dans le cas d'une régulation de 100 % de la file active, comme le prévoit le SAS. Concernant le modèle économique, la mise en place du SAS et la réforme de financement des urgences, qui prévoit une rémunération seulement en partie liée à l'activité, fonctionnent forcément ensemble.



LE SAS DE LA HAUTE-GARONNE EN CHIFFRES

340 000

passages dans les services d'urgences.

70 000

patients en CCMU1, dont 50 % hors permanence des soins et 100 000 patients en CCMU2 se rendent aux urgences.

10 %

L'objectif du SAS est de réorienter 35 000 passages vers une consultation externe par an, c'est-à-dire plus de 10 % du flux.

3 M€

Le budget prévisionnel de fonctionnement annuel est de 3 millions d'euros.

SOURCE : ORU OCCITANIE

L'impact du coronavirus

CHIRURGIE

30 000

30 000 actes chirurgicaux attendus n'ont pas été réalisés. Des diagnostics ou des prises en charge non effectuées par renoncement du patient ou par impossibilité de les faire.

Source : INCa

CHIMIOTHÉRAPIE

5 à 12 %

Entre 5 et 12 % des chimiothérapies et 25 % des radiothérapies ont été annulées et reportées durant la première vague.

Source : INCa

CONSULTATION DE VILLE

-60%

- 60 % de consultations de spécialistes de ville.

Source : rapport Charges et produits CNAM, 2020



France-Allemagne

Des patients transférés outre-Rhin

Le CHU de Münster a accueilli de nombreux patients étrangers atteints de la Covid au printemps et lors de la 2^e vague, dont deux patients français.

**PROFESSEUR DOCTEUR HUGO VAN AKEN,
DIRECTEUR MÉDICAL DU CHU DE MÜNSTER,
ALLEMAGNE**

Les autorités allemandes ont proposé aux pays voisins, dont la France, de prendre en charge des patients atteints de la Covid, pour désengorger les services de réanimation dans les régions très touchées par la pandémie. La région Rhénanie du Nord-Westphalie limitrophe de la France, qui dispose de plus de 6500 lits de réanimation (Intensivbetten), s'est naturellement déclarée volontaire pour prendre en charge des patients français : un premier patient de Lille a été transféré dans notre service de réanimation du CHU de Münster début novembre, puis un deuxième. Ensuite, nos collègues de Lille nous ont signalé qu'ils étaient de nouveau en capacité de faire face à l'afflux de leurs patients. 50 patients ont été référés dans des hôpitaux en Allemagne.

« Dans 50 ans, lorsque nous écrirons l'histoire de cette pandémie, on ne doit pas lire que les hôpitaux allemands avaient des capacités et n'ont pas proposé d'aide. »

Le ministre de la Santé de la Rhénanie du Nord-Westphalie

L'appel est venu du ministère de la Santé de notre Bundesland mais nous avons coordonné le transfert en direct avec les équipes françaises. Notre cellule de management pour l'accueil des patients

internationaux est rodée et a organisé les transferts par hélicoptère, soit 1h15 de vol. Le contact avec les familles s'est bien passé et nous avons organisé la présence de collaborateurs qui parlent français lors du réveil des patients, sinon nous avons des traducteurs. Nos 2 patients français sont restés entre 3 à 6 semaines. Les frais de prise en charge ont été offerts par le gouvernement allemand lors de la première vague et refacturés lors de la seconde selon les accords européens de sécurité sociale.

En Allemagne, du fait de notre population vieillissante, nous avons progressivement baissé le nombre de lits d'hospitalisation pour augmenter de manière importante celui de lits de réanimation. Aujourd'hui, au niveau mondial, nous sommes le pays qui dispose du plus grand nombre de lits de réanimation, 32000 lits, 34 pour 100000 habitants (France : 12 ; Pays-Bas : 6), une infrastructure inestimable en temps de pandémie. Je pense qu'il est nécessaire de disposer d'un taux élevé de lits de réanimation non seulement parce que la population vieillit, mais également parce que les moyens thérapeutiques actuels le demandent.

Maintenant, le système de santé allemand bien équipé et performant, se heurte à un problème majeur, la pénurie de professionnels de soins qui perturbe grandement l'activité des hôpitaux.

DS bref

UNE RESPONSABILITÉ QUESTIONNÉE

« La téléconsultation a explosé en mode "open bar" durant l'épidémie avec des outils gratuits (WhatsApp, Facetime, etc.), déjà présents dans les téléphones. La responsabilité dans cette relation soignant-soigné était questionnée : quelle est la valeur d'un conseil médical donné sur WhatsApp, ou encore que se passe-t-il si le médecin ne répond pas à une demande, parle-t-on alors de non-assistance à personne en danger ? Où est la traçabilité de la prise en charge ? Des ordonnances étaient envoyées par WhatsApp, l'urgence de cet envoi était-elle caractérisée ? Nous avons un problème de régulation et de communication. »

Nesrine Benyahia, présidente du collège numérique de la Société française de santé digitale

NOUS PARTONS DE LOIN

« Les logiciels métier des médecins sont rarement interopérables entre eux et avec celui de l'établissement, pourtant il nous faut un système coordonné qui mette en commun tous les acteurs de la chaîne pour faire fonctionner un système unique. »

Docteur Jean-François Thébaut, vice-président en charge du plaidoyer et des relations externes à la Fédération française des diabétiques

PROPOS RECUEILLIS DANS LE CADRE DES ÉDITIONS SPÉCIALES DIGITALES DU CONGRÈS DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS DE LA FHP-MCO.

Le monde d'après : la santé à distance

Le numérique a sauvé les liens sociaux durant le confinement et l'épidémie a accéléré les pratiques de téléconsultation et téléexpertise dans un cadre temporairement assoupli face à l'urgence. Des réponses qui soulèvent... des questions.

« Nécessité faisant loi durant l'épidémie, nous avons expérimenté, plutôt qu'apprié, l'usage de la téléconsultation. Professionnels de santé et patients utilisateurs, tous se sont aperçus que le numérique en santé n'était pas un monstre froid mais que cela dépendait des bons usages qu'on en faisait. Le numérique comporte des risques et il faut travailler sur la protection des données personnelles et garantir leur confidentialité. » **Docteur Jacques Lucas, président de l'Agence numérique en santé**

« L'usage de la télésanté s'est accru pour faire face à une situation de crise et répondre à l'urgence sanitaire. Le cadre réglementaire a été adapté ou accéléré pour y faire face, avec notamment l'ouverture dérogatoire du télésoin dont la publication du décret et de l'arrêté est prévue d'ici quelques mois. Les professionnels de santé ont agi rapidement dans le cadre de l'urgence sanitaire, dans des délais contraints, sans avoir le temps de s'organiser, de choisir leur outil, de se coordonner le cas échéant avec les systèmes d'information existants, etc. Nous devons expliquer que la télémédecine ou la e-santé n'est pas un gadget, mais un outil complémentaire dans l'arsenal, et une nouvelle approche qu'il faut apprendre. Il nous faut passer du numérique en santé à la santé numérique, puis à la santé tout court ! Parallèlement, des négociations avec la CNAM devront s'ouvrir pour construire des financements à adapter progressivement aux nouveaux besoins et pratiques. » **Docteur Yann-Maël Le Douarin, conseiller médical télémédecine à la DGOS**

DS 36

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les trois mois. Janvier 2021. Directeur de publication : Frédérique Gama, présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © iStock et DR.