



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**PRS**  
PROJET  
RÉGIONAL  
DE SANTÉ  
GRAND EST

**ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS  
DANS LES TERRITOIRES**

Priorité du schéma régional de santé 2023-2028  
Restitution de la journée régionale  
du 13 avril 2023 à Strasbourg



## Introduction par Virginie Cayré Directrice générale de l'ARS Grand Est

Mme Virginie Cayré, Directrice générale de l'ARS Grand-Est salue et remercie l'ensemble des participants pour leur présence à la journée régionale sur **l'accès aux soins non programmés dans les territoires** de la région Grand Est.

L'ARS a engagé depuis quelques mois des travaux pour l'élaboration et l'adoption, au plus tard au 1<sup>er</sup> novembre 2023, d'un nouveau schéma régional de santé et d'un nouveau programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis pour les 5 années à venir.

Le Schéma régional de santé constituera **un cadre engageant et structurant** avec pour finalité de répondre aux besoins de santé et d'améliorer l'état de santé des habitants du Grand Est. La région présente des indicateurs de santé défavorables dans la région (*tabac, surpoids et obésité, troubles psychiques, cancers, mortalité évitable, etc.*) qui engagent les professionnels à agir. **Ce nouveau schéma régional de santé doit être simple, ambitieux, lisible, opérationnel, orienté vers des solutions et des résultats.** Cette journée régionale sera réussie, si les professionnels parviennent à s'engager sur des objectifs opérationnels partagés pour optimiser l'accès aux soins non programmés dans nos territoires.

Au regard du bilan 2018-2022 et du retour d'expérience de la période Covid, l'Agence régionale de santé a resserré son schéma régional de santé 2023-2028 sur 4 priorités pour lesquelles elle engagera les moyens nécessaires pour atteindre les résultats attendus dans les cinq prochaines années.

Les 4 priorités du schéma régional de santé 2023-2028 sont :

1. Renforcer la prévention au plus près des jeunes (*0-16 ans*) et de leurs parents,
2. Minimiser l'impact environnemental sur la santé dans un contexte de changement climatique,
3. **Optimiser l'accès aux soins non programmés dans chaque territoire, permettant notamment de disposer d'une approche plus intégrative des soins non programmés, y compris dans les parcours d'affection longue durée,**
4. Encourager un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie.

Pour chacune de ces priorités, des réunions régionales sont organisées avec les partenaires pour partager les enjeux et identifier les objectifs opérationnels et les résultats à atteindre à 5 ans : 29 mars à Nancy pour les deux priorités Prévention, 11 avril à Bezannes pour la priorité « Autonomie » et **aujourd'hui à Strasbourg pour la programmation des soins non programmés.**

### **Pourquoi une priorité sur l'accès aux soins non programmés ?**

Le système de santé français est confronté, depuis plusieurs années, à une hausse en continu de la fréquentation des services d'accueil des urgences. Si une partie de cette hausse trouve sa source dans le vieillissement de la population et la croissance de la prévalence des maladies chroniques, **une part non négligeable des passages aux urgences ne relève pas d'une prise en charge par un service d'urgence.** La région Grand Est n'est pas épargnée par ce constat.

**La fragilité des services d'urgences actuelle constitue la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde.** Les engagements qui seront pris dans le prochain SRS, permettront de répondre à certaines de ces difficultés.

Il est donc urgent de bien identifier les besoins, les leviers, les contraintes de la prise en charge des soins non programmés, dans nos territoires, et d'y apporter des solutions.

Les soins non programmés constituent selon la littérature des "urgences ressenties" conduisant à une demande de soin, de prise en charge le jour même ou le lendemain. Cette demande de consultation non programmée peut concerner tous types de patients, avec ou sans médecin traitant, avec ou sans suivi régulier, des personnes atteintes de maladies chroniques. Ce qui les réunit, c'est qu'ils sont en demande de consultation rapide.

Les professionnels œuvrent depuis de nombreuses années sur cette thématique. Le pacte de refondation des urgences de septembre 2019 a proposé des leviers et la mission flash, précédant l'été 2022, a permis de partager un certain nombre d'outils pour répondre à ces demandes.

La mise en œuvre du Schéma régional de santé, pour la période 2018-2022, a permis le déploiement de dispositifs/mesures, en particulier :

- La création de plages d'accueil pour les soins non programmés dans les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnels ;
- La labellisation d'hôpitaux de proximité ayant au cœur de leur fonctionnement la coopération territoriale des soins ;
- Le déploiement en 2023 de dispositifs d'appui à la coordination pour répondre aux demandes de soins des parcours complexes ;
- Le développement des téléconsultations, de la télésurveillance et de la télé-expertise, dans le cadre d'une feuille de route partagée par l'Assurance maladie, la Préfecture de région et le Conseil régional.

Ainsi, au niveau territorial des outils sont connus et d'autres sont à disposition des professionnels mais ne sont pas encore utilisés.

Dans ce contexte, le prochain Schéma régional de santé doit fixer le cadre permettant d'aboutir à **une structuration au sein de chaque territoire d'une prise en charge de soins non programmés qui permette d'apporter une réponse :**

- **Adaptée à la demande de l'utilisateur et à son éventuelle vulnérabilité (perte d'autonomie, handicap, âges extrêmes de la vie, etc.) ;**
- **Dans une logique de parcours de soins et de vie, avec une approche professionnelle.**

Il s'agit pour l'ARS, d'identifier et de partager collectivement les besoins de prise en charge des soins non programmés.

À ce titre, l'expérimentation DAUM en cours à Nancy, menée par le dispositif d'appui à la coordination (DAC) et la plateforme territoriale d'appui (PTA) de Nancy, permet d'analyser le profil des usagers se rendant à fréquence multiple et rapprochée dans les services d'urgences, afin de mieux les repérer et de répondre à leurs besoins de santé en mobilisant l'ensemble du système de santé. Cette étude démontre que les usagers qui se rendent plus de 3 fois par an aux urgences représentent moins de 16% des patients de ce service, mais plus de 30% des passages. À la suite d'une analyse qualitative de la prise en charge de ces patients, la réponse se trouve dans l'articulation de prise en charge de ces patients entre les professionnels de ville et ceux de l'hôpital, mais pas dans une réponse dans les services urgences au sens strict.

Les enjeux sont multiples :

- Comprendre les comportements pour agir de façon adaptée et pérenne en répondant aux besoins.
- Analyser les parcours en soins non programmés des patients chroniques.
- Apporter une réponse particulière aux besoins non programmés, sachant que ces derniers peuvent être prévisibles ou tout au moins être anticipés dans un parcours de maladie chronique.
- Répondre, avec les acteurs du système de santé, aux besoins spécifiques des patients connus pour leur pathologie, qui peuvent avoir besoin de soins non programmés.

Il s'agit de :

- Capitaliser sur les dispositifs, mobiliser les outils existants et développer ceux à venir ou à créer,
- Poursuivre la sensibilisation des concitoyens à l'usage du système de santé.

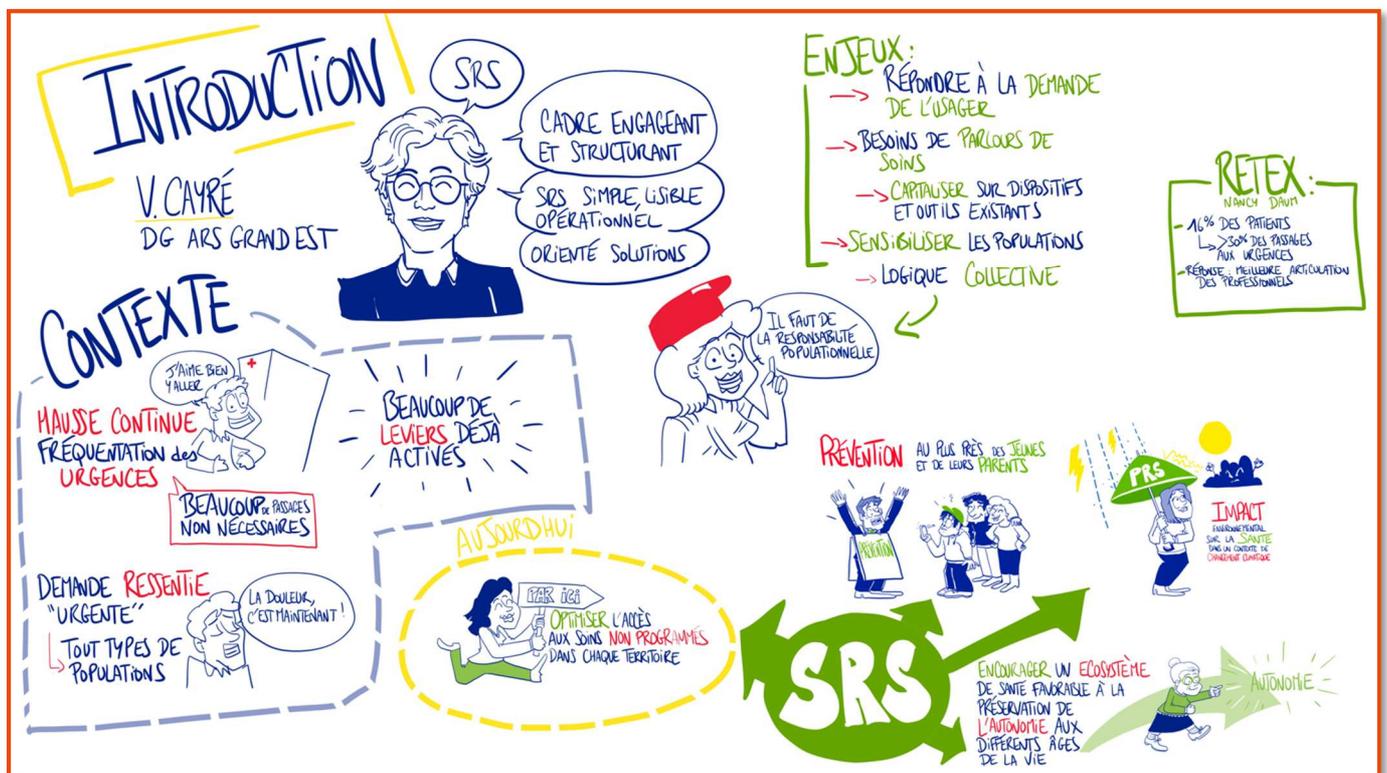
À titre d'exemple, pendant et à la suite des tensions estivales, hivernales et des périodes de bronchiolite, les professionnels ont communiqué sur le bon usage des soins et sur les différents services, avec un enjeu de pédagogie et de sensibilisation important. À ce titre, l'ARS souhaite construire avec les professionnels les stratégies de communication afin de mieux cibler les populations concernées.

En effet, la construction d'une réponse adaptée sur le territoire doit s'appuyer sur des collectifs durables, entre professionnels de ville, du médico-social, du sanitaire et en lien avec les patients et plus largement de nos concitoyens.

Cet objectif engage chacun à réfléchir aux solutions en matière de santé dans une approche de responsabilité populationnelle, c'est-à-dire dans quelle mesure et comment les professionnels de santé à l'échelle d'un territoire sont en responsabilité et en capacité de répondre aux besoins de santé de la population de leur territoire.

Suite à l'orientation donnée, fin 2022, par le Président de la République lors du conseil national de la refondation, la démocratie en santé et la concertation au niveau territorial permet à l'ARS, aux élus et aux acteurs du système de santé de se saisir des enjeux de santé de leur territoire.

Virginie Cayré remercie une nouvelle fois l'ensemble des participants pour leur engagement dans ces travaux qui doivent permettre aux professionnels d'identifier des objectifs opérationnels à inscrire de manière durable dans le prochain schéma régional de santé du Grand Est pour les cinq années à venir.



L'ensemble des dessins de cette restitution des échanges a été réalisé par Stéphane de MOUZON, facilitateur graphique.

# | 1. Les tables-rondes de la matinée

Les tables rondes sont restituées selon :

- La synthèse des propos de chaque intervenant, avec des *verbatim* phares
- Les échanges entre les participants et les intervenants par sms.

## 1.1 Table ronde n°1 : Optimiser l'organisation des soins non programmés dans les territoires : quels nouveaux leviers ?

### 1.1.1 LA SYNTHÈSE DES PROPOS DE CHAQUE INTERVENANTS

#### ■ Dr. Yannick Schmitt (YS), coordonnateur de la CPTS de Strasbourg Sud-Ouest Métropole et du DES de Médecine Générale, Faculté de médecine de Strasbourg

- > La définition des soins non programmés est importante et permet en tant que médecin de définir ce qui relève de l'urgence vitale ou du parcours de soin de long terme.
- > Les soins non programmés relèvent d'une demande, un besoin ressenti par le patient. Celui-ci ne justifie pas toujours une réponse médicale en 48h ou une prise en charge par les urgences.
- > Le spectre d'intervention des médecins généralistes relève de la prise en charge globale des patients avec des demandes ponctuelles, des urgences ressenties et du parcours de soins sur le long terme. Cet accompagnement global permet de comprendre les besoins des patients et de les diriger au mieux dans leurs parcours de soins.
- > Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont des structures où s'organisent les professionnels de santé, pour répondre à certaines problématiques comme les soins non programmés. La réponse peut se trouver à travers le "service d'accès aux soins" (SAS) et une continuité dans la prise en charge du patient.
- > Il existe dans le Bas-Rhin un dispositif expérimental à travers le numéro 116-117, où les usagers contactent par téléphone un régulateur libéral situé sur le territoire. Cette expérimentation, sur 8 mois en 2022 c'est :
  - 1 500 appels régulés par un médecin, pour une population de 10 000 habitants,
  - 150 appels ont débouché sur une consultation/ visite à domicile.
  - 1/3 des médecins généralistes (MG) locaux sont en capacité de répondre en 48h à un patient, hors patientèle du cabinet, pour un soin non programmé.
  - 75 % des médecins sont favorables à répondre aux soins non programmés en 48h.
- > Dans le cadre d'une réponse coordonnée, qui peut se faire à travers le SAS, il est nécessaire de respecter le parcours de soin de la personne de façon personnalisée.
- > Dans le cadre de visites à domicile, des infirmières peuvent être rémunérées pour assister des téléconsultations. Ce type de dispositif peut être développé pour évaluer l'état du patient et le transférer, si nécessaire, vers son MG ou vers les urgences.

« L'appui en mode "pluri-professionnalité", l'utilisation des outils numériques et le respect du cadre réglementaire permet de répondre en partie aux soins non programmés. »

**Pascal Beaumard (PB), Animateur :** En tant que coordinateur du DES, est-ce que vous formez les étudiants à l'urgence ressentie ?

**YS :** Cette question revient fréquemment chez les étudiants dans les travaux demandés et en stage. En effet dès la première année les étudiants font un stage chez le praticien ou aux urgences. Dans les deux cas ils rencontrent des demandes de soins qui sont des urgences ressenties, mais pas toujours réelles. Dans certains cas la réponse n'est pas médicale et peut relever de la réassurance.

Les pouvoirs publics demandent aux médecins de pratiquer davantage, avec une moyenne de 10 minutes par consultation. Cette durée n'est pas toujours tenable, notamment lors de la prise en charge de jeunes enfants, avec des consultations qui peuvent durer 1h00.

*« Il est nécessaire de faire un choix de société : faut-il répondre à toutes les demandes, avec un risque de réponse dégradée, ou faut-il accepter que certaines demandes ne passent pas par une consultation chez le généraliste, mais par un parcours territorialisé ? »*

**PB :** Quelle serait la priorité dans l'amélioration des soins non programmés ?

**YS :** L'éducation de la population à l'urgence ressentie et au recours justifié aux réponses médicales est fondamentale. En parallèle il faut faire confiance aux professionnels de terrain, qui s'organisent de façon locale à travers les CPTS, pour trouver des solutions et répondre aux besoins de santé et non de consommation de soins, comme cela peut-être le cas.

■ **Bachir Filali (BF), coordonnateur de la CPTS de Strasbourg Sud-Ouest Métropole et du DES de Médecine Générale, Faculté de médecine de Strasbourg**

- > L'ARS a ouvert un appel à la candidature pour l'admission des soins non programmés. Ce dispositif a permis de réfléchir aux services gériatriques dont le fonctionnement est complexe et ancien, afin de mieux coordonner les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour apporter une réponse territorialisée.
- > L'enjeu était de faire un point sur les parcours intra hospitaliers et de rencontrer l'ensemble des acteurs en charge du suivi des patients âgés de 75 ans et plus, pour optimiser leur parcours, notamment quant à l'entrée et à la sortie de ces derniers.
- > Cette optimisation est passée par la mise en place de différents outils :
  - Une plateforme, à destination des services et des médecins libéraux, pour connaître de façon quotidienne et départementale les places disponibles en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD),
  - Une plateforme pour visualiser les compétences de chaque structure, afin d'optimiser les parcours de soins,
  - Un annuaire médical interne, pour créer un contact des médecins libéraux vers les praticiens,
  - Un annuaire commun aux établissements, avec un moyen d'accès aux différents services,
  - Plusieurs outils pour mémoriser le parcours de soin des patients.
- > Dans le cadre de ces outils, la crise sanitaire a permis de transformer des prises de contact collégiales, en rencontres individuelles.

*« Le recours aux outils partagés, tels que le protocole de transfert entre centre hospitaliers et EHPAD) pour éviter le recours aux urgences et faciliter le retour en EHPAD constitue une des solutions. »*

**PB :** Est-ce que la coordination permet d'éviter les ruptures de soin des patients entre l'hôpital et la ville ?

**BF :** Le guichet unique dédié aux services de gériatrie permet de communiquer au grand public, avec des plaquettes de communication simples. Un lien avec les bailleurs sociaux peut également être assuré, lors de sortie de soin complexe, pour réduire le délai de mise en œuvre des logements. De façon générale, l'utilisation de différents outils et la mise en place d'une structuration importante permet de travailler avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

**PB :** Quelle serait la priorité dans l'amélioration des soins non programmés ?

**BF :** La communication envers le grand public et la mise en place de coordinateurs permettent de s'assurer que le patient est au bon endroit pour sa prise en charge.

*« Face au turn over des professionnels de santé, il est nécessaire de mettre en place des outils synthétiques qui font appel à des compétences communes aux différents services. »*

**Mathieu Vivien (MV), Animateur (question par SMS) :** Est-ce que les admissions aux urgences ont diminué ?

**BF :** Le contexte actuel est complexe et fait face à des admissions directes importantes dues à l'après-Covid et à des problématiques rencontrées par les professions libérales avec des patients dépourvus de médecins traitants (MT). L'afflux reste donc important, mais sans impact réel sur la qualité de service aux urgences.

■ **Abdel Chaari (AC), Directeur de l'hôpital de proximité de Baccarat (54)**

- > Un hôpital de proximité est un établissement de santé privé ou public labellisé, avec des missions obligatoires telles que la proposition d'une offre de médecine polyvalente et la proposition de consultations spécialisées.
- > La ressource médicale est aujourd'hui rare et il peut être compliqué de faire venir sur site des spécialistes.
- > Ces établissements ne viennent pas en doublon des hôpitaux de référence sur le territoire, mais viennent compléter l'offre de soins afin que la gradation de ces derniers soit respectée, en appui des professionnels de ville. L'objectif est de permettre aux patients d'être au bon endroit, au bon moment.
- > Les établissements peuvent prendre en charge, selon le choix des établissements, les soins non programmés. Cette prise en charge s'effectue principalement dans les déserts médicaux, pour prendre en charge les patients sans MT ou avec MT indisponibles.
- > L'hôpital de Baccarat a développé une expérimentation, avec une cabine de téléconsultation pour les patients et les professionnels. Le perfectionnement de cet outil passe aujourd'hui par le protocole d'adressage des patients.

*« Si le niveau de prestation des hôpitaux de proximité est différent, chacun travaille avec les acteurs locaux, dont les CPTS lorsqu'elles existent. »*

**PB :** Quelle serait la priorité dans l'amélioration des soins non programmés ?

**AC :** La communication entre praticiens, entre la ville et l'hôpital et entre les usagers pour se diriger vers la bonne offre de soin, est un axe important de progrès. En effet, en cas de situation d'urgence, les patients se dirigent généralement vers le service des urgences, sans savoir qu'il existe une offre pour les soins non programmés dans les hôpitaux de proximité, les CPTS, les équipes de soins primaires (ESP). Cet axe de progression doit être travaillé avec les professionnels de l'hôpital et de la ville avec une organisation bien définie.

« Le développement des hôpitaux de proximité doit passer par le renforcement des plateaux techniques sur l'imagerie, la radiologie conventionnelle, l'échographique. Ce développement permettra aux professionnels de ville de s'appuyer davantage sur les hôpitaux de proximité. »

■ **Dr. Claude Windstein (CW), Vice-président de l'URPS des pharmaciens et Maire de la commune de la Petite Pierre**

- > Les structures de proximité et la communication entre professionnels permettent de prendre en charge le patient de façon optimale. À titre d'exemple, les patients se rendent spontanément en pharmacie.
- > Une étude a démontré les éléments suivants :
  - 1/5 des soins non programmés sont soignés en officine,
  - 91% de cette prise en charge vient de patients qui se rendent spontanément en officine,
  - 85% le pharmacien répond aux demandes du patient,
  - 15% le pharmacien oriente vers d'autres professionnels de santé,
  - Les principales demandes concernent la dermatologie, l'ORL, l'ophtalmologie, la vaccination et la prise en charge de différentes pathologies.
- > Cette prise en charge en officine se développe particulièrement dans les zones en tension médicale.
- > Au niveau local les outils suivants peuvent être développés :
  - Les CPTS sont des dispositifs importants qui doivent fonctionner en appui avec les ESP, pour prendre en charge les patients,
  - Les ESP peuvent développer des services de proximité, notamment dans les zones rurales,
  - Le dispositif PARCEO répond à certaines problématiques, mais il faut donner envie aux professionnels d'utiliser cet outil, qui peut sembler complexe, avec un effort éducatif,
  - Les SAS permettent de répondre à certaines problématiques.
- > La prise en charge des patients doit s'effectuer au niveau interprofessionnel.

« L'élu a aujourd'hui une place de facilitateur en apportant des moyens. Il ne doit pas prendre la place des professionnels de santé en décidant des dispositifs à mettre en place. »

**PB :** Quelle serait la priorité dans l'amélioration des soins non programmés ?

**CW :** L'éducation du patient et la communication sont primordiales.

*« Le partage des missions en inter-professionnalité doit se concevoir dans la communication au sein du parcours de soin des patients. »*

■ **Dr. Alain Prochasson (AP), Président de la CPTS de Metz et environs et Président de l'association départementale des permanences de soins (et à ce titre co-gestionnaire du SAS)**

- > Les liens entre les CPTS et les services d'accès aux soins (SAS) sont primordiaux pour assurer l'efficacité des effecteurs de terrain.
- > Certaines structures territoriales telles que les CPTS, regroupent les ESP, les maisons de santé pluri professionnels (MSP) et les professionnels de santé qui sont organisés sur le terrain.
- > L'objectif du SAS est de trier les urgences pour les personnes qui n'ont pas trouvé de RDV médicaux.
- > Les SAS sont régulièrement confrontés à des patients en déshérence médicale, parce que leur médecin traitant est absent, parti à la retraite ou autre. Cette situation peut se généraliser pour les patients en affection longue durée (ALD).
- > Plusieurs outils ont été mis en place avec le SAS :
  - Une CPTS a recruté une personne qui s'occupe de recevoir les appels des patients, pour les diriger vers des médecins disponibles sur le terrain, repérés suite à une enquête territoriale. L'éducation des patients est fondamentale, puisqu'une partie des appels concerne des patients qui ne sont pas satisfaits de leur médecin traitant ou qui ont un RDV mais qui ne savent pas si leur urgence peut attendre ;
  - Un projet départemental a été mis en place pour mutualiser les infirmières libérales, notamment avec un système d'astreinte, et les médecins de la CPTS. Ce système permet aux infirmière de confirmer une urgence ou non "lever de doute" et de venir en appui aux médecins lors de téléconsultation ;
  - Des étudiants en médecine ont été embauchés par la CPTS lors des vacances d'été. Leur rôle était de trouver des professionnels qui acceptent de prendre des patients sur 1 ou 2 journées par semaine (40 % des patients ont été acceptés par un professionnel en environ 30 minutes) ;
  - Un agenda d'agrégation partagé a été mis en place au niveau national. Toutefois celui-ci est efficace dans seulement 5% des cas, lors des attributions de patients par le SAS. En effet les professionnels ne sont pas informés des modalités de la plateforme et certains ne mettent pas à disposition des créneaux dédiés aux soins non programmés ;
  - Les CMSI (cabinet médical de soins immédiats) représentent environ 40% des solutions pour les personnes qui souhaitent consulter un médecin rapidement, avec un plateau de biologie, radiologie. Leur rôle remplace actuellement les polycliniques.

*« La majorité des médecins généralistes sont en permanence en consultation. Cette situation ne laisse pas de place aux soins non programmés ou aux consultations libres. Une polyclinique avec des créneaux libres permettrait de désengorger le service des urgences et de répondre en partie aux soins non programmés. »*

**PB :** Quelle serait la priorité dans l'amélioration des soins non programmés ?

**AP :** La coordination entre professionnels de santé, notamment sur la communication des services proposés par chacun, permettra d'assurer un meilleur partage des tâches dans les structures en place, telles que les CPTS.

**MV (constat par SMS) :** Pour toute action engagée sur le territoire, il est nécessaire de lier le service des urgences à l'hôpital aux professionnels ambulatoires. Cette action doit être liée à une communication envers le grand public.

**AP :** Ce souhait est en effet partagé.

*« L'enjeu est de développer l'offre de soin et de diriger les patients vers les professionnels appropriés. Toutefois plus l'offre est large et plus les appels sont fréquents. D'une part, parce que certains patients résignés trouvent une offre de soins disponible. D'autre part, parce que des patients avec un médecin traitant trouvent un RDV plus rapidement avec le SAS ou Doctolib. L'éducation des patients leur permettra de contacter le bon service et de trouver la bonne solution. »*

■ **Dr. Éliane Abraham (EA), directrice du dispositif d'appui à la coordination de Meurthe-et-Moselle**

- > Le dispositif DAUM (*Dispositif d'accompagnement des usages fréquents des urgences*) permet d'appuyer la coordination des parcours de santé complexes. Ce dispositif, mis en place le 7 novembre 2022, a déjà reçu plusieurs centaines d'alertes.
- > Dans le cadre du dispositif, les équipes viennent en appui des professionnels à domicile dans le secteur médico-social et social. L'objectif est d'accompagner les personnes, dont le parcours de santé est complexe, en étant facilitateur de ce dernier.
- > Le fonctionnement est le suivant : une alerte automatique est créée au 4<sup>e</sup> passage aux urgences des personnes. Cette alerte est liée au transfert des 4 derniers comptes rendus médicaux de ces dernières. L'objectif est d'étudier le parcours des personnes qui se rendent fréquemment aux urgences, pour comprendre les raisons de ce recours. Cette étude est couplée à une analyse du profil des personnes.
- > Quatre grandes catégories de population sont ressorties de l'étude :
  - **Les patients maintenus à domicile et entourés d'une équipe de soin :** il ne s'agit pas de personnes sans ressources sociales ou financières. Dans ce cas, l'étude se dirige vers les aidants médico-sociaux, pour mieux comprendre leur accompagnement. Cette catégorie comprend, par exemple, les personnes souffrant de maladies graves et/ou chroniques (*cancer, diabète, etc.*), qui peuvent se rendre fréquemment aux urgences pour répondre rapidement à leurs craintes, questions, symptômes ;
  - **Les patients en situation de précarité d'accès aux soins, sont en partie les étudiants** qui avaient une équipe médicale dans leur précédent domicile et qui se dirigent aux urgences pour trouver de nouvelles solutions et des réponses à leurs questions ;
  - **Les patients avec des troubles mentaux ;**
  - **Les patients avec des consommations particulières (*alcool, etc.*),** concernent les personnes qui vont aux urgences sans le demander. Ils sont souvent amenés par les pompiers, la police, la famille, etc. Leur situation est particulière car ils ne sont pas en demande de soin.
- > L'objectif de l'étude est de répondre aux besoins de la population se rendant fréquemment aux urgences, pour déterminer comment, où, avec qui et dans quelles conditions le parcours de soin peut être amélioré.

- > Dans certains cas, l'accès aux urgences ne correspond pas forcément à un besoin urgent, mais plutôt à une facilité d'accès aux soins. C'est pourquoi la réponse des besoins en soin et en santé doit être territoriale et déployer certains moyens tels que les "infirmiers de pratiques avancées (IPA)" et l'hospitalisation à domicile (HAD). L'objectif est de renforcer la surveillance et le repérage des risques pour ajuster les traitements de la personne, en déterminant en amont les besoins en hospitalisation.
- > Les études sont en cours, des premiers résultats sont attendus fin avril et une analyse approfondie sous un an.

*« L'ensemble des utilisateurs fréquents des urgences ne s'y rendent pas sans raisons et ont des situations complexes qui couplent des facteurs bio, médicaux et sociaux. Ces derniers se rendent aux urgences pour une attente/un besoin et les urgences ne sont pas souvent pas le bon endroit. »*

**PB :** Quelle serait la priorité dans l'amélioration des soins non programmés ?

**EA :** La question d'éducation des patients est peut-être importante, mais l'effort doit être porté sur les professionnels pour donner de la visibilité aux parcours de soin long et intégrer l'ensemble des offres disponibles pour répondre aux besoins de la population.

**MV (question par SMS) :** Existe-il l'équivalent de l'étude DAUM pour les urgences pédiatriques ?

**EA :** L'étude des urgences pédiatriques fera partie de l'élargissement de l'étude DAUM. L'étude actuelle se concentre sur les urgences adultes, à partir de 18 ans. Celle sur les urgences pédiatriques est programmée et démarrera dès que possible.

*« La réponse aux soins doit être étudiée selon deux facteurs : une équipe de soins qui correspond aux besoins de la personne et une temporalité longue pour étudier l'écosystème de la personne et ses besoins. L'enjeu d'éducation des équipes de soin et des familles entourant les personnes de maladies chroniques/rares est à ce titre fondamental. »*

■ **Jean-Michel Meyer (JMM), Président de France Assos Santé, délégation Grand Est**

- > L'étude DAUM permettra de dénouer les représentations des patients qui expriment un besoin de santé, notamment avec la notion d'éducation.
- > L'association France Assos Santé regroupe des usagers qui représentent les personnes malades, en situation de handicap et leurs familles.
- > Le premier intervenant de l'éducation des patients doit être le professionnel de santé, avec des enjeux territoriaux majeurs.
- > La problématique des urgences est la conséquence de l'organisation dysfonctionnelle des soins non programmés sur le territoire.
- > Le dysfonctionnement des permanences de soins sur le territoire remonte à plusieurs années et ne pourra pas être seulement être résolu par l'éducation des patients et la communication à leur égard de l'offre de soins existante.
- > Le patient est en attente de réponses de soins rapides, efficaces et coordonnées. Le rôle de l'IPA est alors d'alerter une équipe pluri professionnelle en cas de besoins.

- > Les outils proposés à la population sont aujourd'hui multiples et il est nécessaire d'assurer une simplification communicationnelle de ces outils. À titre d'exemple, les CPTS et les permanences de soins sont peu connues par la population.
- > Une enquête de l'association indique que 60% de la population a déjà renoncé à un soin, dont pour 50% la cause est la non-disponibilité d'un professionnel de santé.
- > Une étude actuellement menée dans le cadre de la démocratie sanitaire dans le Grand Est, avec un axe sur le délai d'obtention d'un rdv chez un médecin traitant, révèle que l'organisation d'une réponse en termes de soins est problématique sur certaines parties du territoire.
- > France Assos a souligné à l'ARS, l'importance des IPA et leur nécessaire collaboration avec les ESP. En effet certains soins et diagnostics peuvent être délégués par d'autres professionnels, dans un exercice coordonné. France Assos a également consacré une journée de présentation du rôle des IPA.

*« La question est : comment assurer l'offre de soin sur des territoires où il n'y a plus de médecins généralistes. L'organisation de maisons pluri-professionnelles de santé, notamment dans les zones carencées, peut être une solution. »*

**PB :** Quelle serait la priorité dans l'amélioration des soins non programmés ?

**JMM :** Le partage et l'exercice des soins de façon coordonnée est une des clés du dispositif non programmé.

*« L'optimisation de la ressource des professionnels de santé doit être prise en compte et dépasser le statut des médecins généralistes, puisque certains actes peuvent être pris en charge par d'autres professionnels. C'est pourquoi la question de la coordination entre professionnels de santé est centrale pour assurer une collaboration entre pharmaciens, IPA, aide-soignant, kiné, orthophonistes, etc. »*

**MV (interventions par SMS) :** De nombreux professionnels évoquent la nécessité du partage des tâches, de l'inter professionnalité et de l'organisation interne pour améliorer les services de soins non programmés. Cette situation permettrait de traiter les situations en amont et d'éviter de transférer des patients en urgences, lorsque leur traitement en ambulatoire est possible.

Dans le cadre de l'inter professionnalité, la question des biologistes est centrale pour accélérer les analyses. Si le médecin n'a pas de résultats en 24h00, alors celui-ci n'hésitera pas à envoyer le patient en urgence/ hospitalisation.

**MV (question par SMS) :** Comment faire face à la réticence de certains médecins de travailler avec les IPA ?

**JMM :** Le métier d'IPA existe dans d'autres pays, depuis les années 50 aux États-Unis par exemple, et est réglementé dans l'approche expérimentale en France. Ce cadre oblige les infirmiers diplômés d'État de compléter leur formation par 2 années complémentaires (DES, DEA, Master dans les métiers de la santé). Cette qualification est importante et la pratique est cadrée avec une qualification des actes précise, coordonnée avec un médecin généraliste. Ainsi les IPA dispensent des soins de qualité, dans un environnement réglementé qui garantit la sécurité des soins dispensés aux patients.

**Professeur de médecine générale (intervention dans la salle) :** La formation n'est pas une question de durée et celle de médecin. Il est nécessaire de travailler en coordination avec un ensemble de professionnels, mais la formation technique des médecins est essentielle.

**AP :** Le manque de communication sur les IPA, leur formation et leur rôle a conduit à être un synonyme de

concurrence pour les médecins et les infirmières et un certain temps est nécessaire pour s'habituer à leurs compétences. Leur formation spécifique est utile en médecine générale, santé mentale, etc.  
Par exemple, dans le cadre du SAS, un IPA permet de passer du temps avec des personnes dans le besoin.

**MV (question par SMS) :** Y a -t-il toujours des personnes sans domicile fixe dans les urgences.

### Synthèse de la première table ronde :

#### Optimiser l'organisation des soins non programmés dans les territoires : quels nouveaux leviers ?

> Les réponses sont multiples pour améliorer la prise en charge des soins non programmés :

- 1) Éduquer le patient, pour savoir qui contacter en cas de tel besoin,
- 2) Renforcer les professionnels de santé dans leur communication envers les patients pour mieux les informer et répondre à leurs besoins,
- 3) Mailler le territoire par un ensemble de professionnels de santé disponibles et aux missions précises,
- 4) Assurer la coordination et la communication des professionnels de santé au niveau local et à travers certaines structures : CPTS, MSP, etc.
- 5) Apporter une réponse et un accompagnement de proximité, notamment avec les IPA qui peuvent apporter un appui aux médecins généralistes.



## 1.2 Table ronde n°2 : Faciliter l'accès aux soins non programmés : quels nouveaux outils au services des patients et des professionnels ?

### 1.2.1 LA SYNTHÈSE DES PROPOS DE CHAQUE INTERVENANTS

#### ■ Pr Nathalie Jeandidier, pôle endocrinologie-diabète-nutrition au CHU Strasbourg

- > L'objectif est le dépistage en amont des pathologies chroniques, pour prendre en charge certaines dégradations et éviter le recours aux soins non programmés en consultation ou en hospitalisation.
- > Dans les cas de pathologies chroniques, les patients sont d'abord moins autonomes et en besoin d'aide et de soutien.
- > Il faut placer le patient dans une région et une structure CPTS, groupement hospitalier de territoire (GHT), avec une organisation/ coopération ville-hôpital.
- > Plusieurs solutions peuvent être apportées :
  - Un annuaire/ une cartographie des professionnels de santé et sociaux au niveau départemental, par pathologie et selon la gradation des besoins. Ces outils permettraient de construire un conseil pluridisciplinaire autour des patients.
  - Le contrat de coopération et la délégation de tâches avec les pharmaciens, les professionnels et les IPA qui ont des ressources importantes dans le parcours de soin des personnes.
  - La formation des patients tout au long de leur maladie, dans un certain cadre pour suivre ce dernier. Cette formation se fera notamment sur les facteurs aggravants, avec une possibilité d'appel à une cellule spécialisée.
  - L'outil « article 51 », qui permet à Valenciennes, aux pharmaciens et médecins traitants d'envoyer un questionnaire aux personnes dans le besoin, pour savoir si ces dernières se sentent en difficultés. Selon les réponses apportées, les pharmaciens et infirmières en délégation de tâche peuvent aiguiller le patient pour qu'il se sente mieux.
  - La télésurveillance, pour un patient diabétique et/ou pluri pathologique permet une prise en charge globale. Cet outil doit être mis en place au sein d'une équipe médicale, une cellule de coopération et le dossier médical partagé (DMP), pour vérifier les données et faire appel au bon soignant, au bon moment. Cette démarche permettra d'alerter le patient en cas de besoin.
  - La téléconsultation pour faire appel à un ensemble de soignants à un instant T et au bon moment.
  - Le recours à l'intelligence artificielle (IA) pour constater certaines dégradations et alerter les professionnels de santé.

*« L'ensemble de ces outils, permettent aux praticiens de prendre en charge le patient sur le long terme et de constater certaines alertes, afin de prendre en charge en amont le besoin de soins non programmés et l'urgence. »*

*« Les différents outils doivent se mettre en place au niveau d'une filière territoriale et sur des thématiques précises pour éviter aux services des urgences de s'occuper des pathologies chroniques. »*

■ **Sylia Mokrani, en charge du suivi opérationnel des territoires expérimentant la Responsabilité Populationnelle dans l'Aube-Sézannais**

- > Le décloisonnement des tâches est nécessaire pour se diriger vers un parcours de la santé, plutôt que vers un parcours du soin.
- > Cette réflexion doit mener à une cartographie des professionnels pour savoir qui fait quoi.
- > Il est nécessaire de connaître les caractéristiques d'une population territoriale et de les partager avec l'ensemble des professionnels, pour les exploiter et les utiliser à bon escient.
- > La responsabilité populationnelle est expérimentée depuis 2019 sur 5 territoires en France et sur 2 pathologies (*diabète de type 2 et insuffisance cardiaque*). Cette responsabilité s'appuie sur des outils scientifiques pour mieux comprendre la population et ses besoins. Une stratification est alors effectuée, entre les personnes à risque de développer le diabète et les parcours complexes. Cette stratification permet de développer les bonnes pratiques, pour les bonnes personnes.
- > Le travail se fait ensuite sur le terrain avec une trentaine de professionnels de santé en réunion clinique (*professionnels de santé, libéraux, DAC, collectivités, associations de patients*) qui réalisent une analyse du territoire et des besoins pour identifier les bons parcours et strates.
- > De façon concrète certains services de diabétologie se restructurent pour renforcer l'accès aux soins et d'autres travaillent avec des associations pour repérer les personnes dans le besoin.
- > Concernant les personnes à risque, les pharmaciens, associations et citoyens ambassadeurs (*formés et qui interviennent dans des actions de sensibilisation avec des professionnels*) sont sollicités sur le territoire, pour notamment mener des actions de dépistage dans les quartiers prioritaires de la ville, les marchés etc.
- > Aujourd'hui :
  - Plus de 900 professionnels sont impliqués dans la responsabilité populationnelle,
  - Plus de 70 associations/citoyens sont impliqués dans la responsabilité populationnelle,
  - Plus de 500 actions de dépistage ont été réalisées,
  - Plus de 9 000 personnes ont été dépistées,
  - Plus de 2 000 personnes en diabète de type 2 et plus de 500 personnes en insuffisance cardiaque, concernant les 2 territoires sur les 5, ont été diagnostiqués.
- > L'approche intéresse de nombreux territoires et plus de 20 GHT sont intéressés par la démarche. Des guides pour les réunions cliniques, pour le démarrage de la responsabilité populationnelle, pour la prise en charge des personnes âgées ont ainsi été élaborés.

« *Les résultats de la démarche permettent de montrer une baisse du recours aux urgences, avec plus d'entrées programmées et une augmentation de la prise en charge ambulatoire.* »

■ **Dr Claude Bronner (CB), Président de l'URPS des médecins libéraux**

- > La téléconsultation permet de mailler le territoire et de proposer une meilleure offre de soin en appui avec certains professionnels.
- > La question de la rémunération des professionnels est fondamentale, avec des infirmières qui réalisent la téléconsultation de manière complémentaire à leur activité.
- > La télé expertise doit se développer dans une nouvelle relation entre les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les professionnels de santé. À titre d'exemple, une infirmière peut interagir avec un médecin dans le cadre d'une messagerie protégée.

> Plusieurs outils ont été développés :

- Un annuaire sera mis en place par l'URPS, dès la semaine prochaine, pour répertorier les outils utilisés par les professionnels.
- La téléassistance permet d'envisager une plateforme où les données et les projets s'interconnectent.
- PARCEO permet de coordonner les soignants autour du patient. Les équipes de soin peuvent alors communiquer entre elles sur les patients les plus complexes.
- ENTRACT, et d'autres outils, permettent d'interroger la communauté professionnelle pour rendre visible les consultations disponibles.

*« Certains outils comme PARCEO fonctionnent bien, mais doivent être déployés, avec des chargés de missions, des séminaires et des formations pluri professionnelles à leur utilisation »*

**MV (proposition par SMS) :** Les dossiers médicaux dématérialisés complets permettraient de faciliter la coordination entre médecins. Cet outil enlèverait un frein lors des parcours complexes, pour éviter de reprendre l'historique médical du patient à chaque consultation.

**CB :** Le dossier médical partagé existe pour tous les français (à l'exception de ceux qui l'ont refusé) sur Mon Espace Santé et le DMP. Ces outils donnent accès à certaines informations comme la vaccination Covid, l'historique des remboursements, etc. Ces derniers sont accessibles à tous les professionnels qui ont une carte CPS, mais tous ne les utilisent pas du fait de leurs complexités.

**MV (question par SMS) :** Comment les différentes actions évoquées sont-elles intégrées aux CPTS ?

**CB :** PARCEO et ENTRACT sont des outils efficaces qui doivent être développés par tous les professionnels. Toutefois ces derniers sont complexes et doivent être simplifiés dans leurs utilisations.

*« Il ne faut pas se concentrer sur l'outil magique qui règlera tout, mais il faut être polyvalent et savoir utiliser une pluralité d'outils, en fonction des acteurs. »*

■ Dr Jean-Charles Dron, Directeur opérationnel de E-Meuse santé

- > La feuille de route a été développée sur un horizon de 10 ans, et est en ordre de marche depuis 3 ans. La téléconsultation portée par l'ARS, la région, la préfecture rentre dans ce cadre et sera renforcée sur les territoires. E-Meuse Santé pourra alors mener de nouvelles expérimentations, comme la prévention envers les jeunes, l'approche populationnelle avec le CHU de Nancy, etc.
- > L'outil E-Meuse santé se développe en Meuse, en Haute-Loire et Meurthe et Moselle. Ce projet se construit avec plusieurs partenaires de santé et a pour objectif de questionner l'innovation technologique, utilisée comme un levier pour questionner les organisations et trouver des solutions sur les territoires où les besoins évoluent.
- > L'objectif est d'apporter des solutions sur 4 axes : L'accès au soin / Le maintien à domicile / Les maladies chroniques / La prévention.
- > Une question a été développée sur le développement de la téléconsultation pour apporter du soin dans les territoires. Les acteurs locaux ont alors été interrogés pour savoir ce qu'il est nécessaire de développer en lien avec l'offre médicale locale et en intégrant les personnes en situation de fracture numérique.

- > La téléconsultation a ensuite été déployée sur 21 sites, dans les 3 départements cités et connaît actuellement une activité stable. Ces sites permettent aux patients de se rendre dans des lieux avec des équipements de qualité, pour transmettre des éléments biomédicaux et être une interface avec une infirmière locale et un médecin référent qui peut rendre un avis médical.
- > Ce modèle est actuellement étudié pour être développé à l'échelle régionale et s'appuie sur des infirmières, qui agissent dans un temps complémentaire à leur activité professionnelle. C'est pourquoi la question des ressources pour les infirmières est à prendre en compte.
- > La télémédecine permettra d'assurer la prévention chez les personnes âgées, pour détecter les pertes d'autonomie, assurer un encadrement et éviter les transferts prématurés en EHPAD. Cette démarche réduira alors les coûts de prise en charge et sera plus confortable pour les patients qui souhaitent rester à domicile.
- > Le modèle de téléconsultation fonctionne, mais doit être développé dans un encadrement territorial et une gouvernance médicale, dans le cadre des CPTS par exemple.
- > La télémédecine vient en appui pour fluidifier la médecine et a besoin de l'accompagnement logistique des collectivités territoriales pour développer ces dispositifs.

*« Il est nécessaire de s'interroger sur ce qui relève du soin et ce qui relève de l'accès au soin, puisque ces deux domaines ont un coût différent. Les collectivités territoriales peuvent être mobilisées dans l'accès au soin en termes de logistique et de suivi auprès des infirmières. Cet échelon avec les élus est nécessaire, pour développer les consultations, la télémédecine et la responsabilité populationnelle, dans l'objectif d'apporter une prévention aux personnes âgées à domicile. »*

*« Les outils sont aujourd'hui nombreux et nécessitent une centralisation des ressources pour apporter une réponse territoriale. Cette réponse permettra d'anticiper les situations aggravées et éviter le recours aux urgences. »*

■ **Dr Manfred Zahorka, senior manager project development, OptiMedis AG**

- > Il existe en Allemagne deux systèmes de gestion des soins non programmés :
  - Un système dédié à la ville qui est administré par la gestion des soins libéraux à travers un numéro de téléphone spécifique, pour diriger vers un médecin qui a des disponibilités en service de garde.
  - Un système dédié aux zones rurales qui est administré par les pompiers à travers un numéro de téléphone spécifique, qui dirige vers un professionnel de santé et transfère les patients dans le besoin vers un médecin de garde ou l'hôpital.
    - Ces deux systèmes sont en débats pour améliorer leur accessibilité et le système de garde peut évoluer selon les régions.
- > OptiMedis est une société allemande qui organise une approche populationnelle au niveau du territoire. Cette approche démarre par la médecine de ville pour créer un réseau de médecins, comparable aux CPTS en France, et inclut les patients dans un parcours de prévention et de soins.
- > Cette démarche s'organise en plusieurs étapes :
  - La Caisse Maladie allemande centralise les données d'hospitalisation, de santé de ville et des médecins.
  - Une analyse des données est effectuée pour identifier sur chaque territoire les populations qui ont besoin d'un parcours de soin particulier.

- Les médecins sont accompagnés au niveau territorial pour créer un réseau, avec des infirmiers formés qui accompagneront les personnes repérées dans leur vie quotidienne.
- Les médecins peuvent inscrire les patients dans une cellule d'intégration spécifique, qui permettra de donner des recommandations pluri-professionnelles aux patients tout au long de leur parcours de soin.
- Les pharmaciens sont également formés pour diriger les patients vers les services existants.
- > Cette démarche intègre plusieurs outils :
  - Une plateforme permet aux médecins et professionnels de santé d'avoir accès aux données de santé du patient.
  - La téléconsultation est utilisée de façon complémentaire et avec un accompagnement pluri professionnel.
- > Le système OptiMedis se développe actuellement, avec le cadre français, dans les 3 quartiers prioritaires de la ville (QPV) de Strasbourg et en Auvergne. Ainsi une analyse des données de la CPAM et de l'ARS a été effectuée, pour étudier les pathologies et les parcours de soins des différents patients. Ce développement est également en lien avec les Maisons des quartiers des QPV à Strasbourg pour développer l'approche populationnelle.
- > Cette approche est actuellement élargie à PARCEO, et part des données de chacun pour améliorer les outils.
- > L'objectif est d'améliorer le parcours de soin, de combiner les outils existants, de combler les manques pour réaliser des économies et rediriger certaines ressources.

*« L'ensemble de l'accompagnement pluri-professionnel sur le territoire réduit les jours d'hospitalisation pour les patients dans un parcours de soins particulier. La réduction de l'accès aux urgences et à l'EHPAD de façon prématurée permet de dégager des ressources et de financer le système OptiMedis. »*

■ **Pr. Anne Charloix (AC) : Vice-doyenne de la faculté de médecine de l'Université de Strasbourg**

- > L'université de Strasbourg forme actuellement 303 personnes :
  - De 1995 à 2000 le *numéros clausus* était de 131 étudiants en médecine,
  - En 2005 le *numéros clausus* était de 208 étudiants en médecine,
  - En 2016 le *numéros clausus* était de 230 étudiants en médecine,
  - En 2023 le *numéros clausus* est de 303 étudiants en médecine.
    - La capacité d'accueil des étudiants dans les services est actuellement atteinte.
- > Les sujets âgés et avec des pathologies chroniques sont en développement sur le territoire et les 303 professionnels formés sur le territoire ne pourront pas répondre à toutes les sollicitations. C'est pourquoi il est nécessaire de s'appuyer sur d'autres professionnels médicaux pour prendre en charge les patients.
- > L'approche pluri professionnelle est développée à travers des formations universitaires pour les professionnels de la santé à travers différentes thématiques. L'objectif est d'intégrer les infirmiers, les rééducateurs et les métiers techniques de la santé dans une filière universitaire qui débouche sur un diplôme d'état et des grades universitaires.
- > La formation au numérique existe dès le premier cycle des études en médecine. Cette formation n'est toutefois pas suffisante au regard des outils numériques en développement.
- > Le projet SENS (*Strasbourg enseignement numérique en santé*) permet de former au numérique les professionnels de santé à Strasbourg. Cette formation permet dans un premier temps d'acquérir le diplôme de formateur au numérique pour former l'ensemble des professionnels de soin en formation initiale et

continue. Cette formation comprend les axes suivants : base de données, sécurité, télémédecine avec un volet de simulation pour apprendre le bon geste et apprendre à travailler de façon pluri-professionnelle.

> Ces différentes formations permettent :

- De favoriser l'inter-professionnalité dans les études en santé et d'offrir aux personnels médicaux des poursuites d'études, notamment en lien avec les IPA, les orthoptistes, les manipulateurs radio, etc.
- De mettre à jour ses connaissances numériques, en termes de données de santé et de communication.

*« Les formations de l'ensemble du personnel soignant doit comprendre un travail sur les outils numériques et sur l'approche pluri professionnelle des parcours de soins. Les objectifs sont multiples, importants et se traduisent par l'évolution des formations universitaires. »*

**MV (constat par SMS) :** Un certain nombre de professionnels, de soins et de plateaux techniques sont présents dans les services des urgences (*électrocardiogramme, échographie, examen biologique*). Cet ensemble de service est peu lisible en ville et c'est pourquoi certains se rendent aux urgences plutôt qu'en médecine de ville.

**MV (proposition par SMS) :** Il faut faciliter l'accès aux professionnels de la santé en ville : orthoptistes, orthophonistes, kiné, etc.

**AC :** Des plateaux techniques peuvent être développés en ville, mais les coûts de ces derniers seront forcément étudiés.

■ **Angèle Ratzmann, Présidente de la commission spécialisée droits des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)**

- > La télémédecine remonte à la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) avec 5 actes : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance, la télé-assistance et la régulation médicale (*Centre 15*). Ces actes ont ensuite été définis par décret (2019). Plus récemment le télé soin a été développé pendant la pandémie.
- > Le cadre juridique encadrant ces pratiques est pluriel :
  - Les conditions générales d'exercice (*déontologie et standards de pratiques professionnels*),
  - Les règles d'information et de sécurité des données (*RGPD*),
  - Les règles de sécurité européenne où les usagers ont un droit d'accès, de rectification et d'opposition à leurs données.
- > Le cadre juridique a évolué :
  - La télémédecine est entrée dans le droit commun en 2018 avec le remboursement par l'Assurance maladie comme tout autre acte (70%)
  - La télé expertise est entrée dans le droit commun en 2019,
  - La télésurveillance médicale est entrée dans le droit commun en janvier 2022, notamment pour les personnes en insuffisance rénale, cardiaque et respiratoire et pour les personnes diabétiques ou porteuses de prothèses cardiaques implantables.
- > La commission spécialisée des droits des usagers produit chaque année un rapport sur l'application du respect des droits des usagers sur les pratiques en établissements de santé et en médecine libérale.
- > Cette commission évoque les points de vigilance suivants, pour respecter les droits de chacun :
  - La fracture numérique ne permet pas à tous d'accéder à la télémédecine, pour des raisons matérielles et physiques.
  - Le droit à l'information doit être renforcé pour expliquer les objectifs et modalités de la

- télémedecine, avec les possibilités de refus et les restes à charge éventuels du patient.
- La notion de vigilance libre et éclairée du patient doit s'appliquer à la télémedecine, notamment pour l'informer de l'exploitation de ces données personnelles.
  - Les conditions de confidentialité doivent être réunies pour s'adresser à un médecin en téléconsultation.
- > La sécurité des données et les règles RGPD doivent permettre une certaine sécurisation de la télémedecine.
- > Certaines actions sont déployées :
- Un guide a été réalisé sur l'inclusion numérique,
  - Des acteurs sont réunis en groupement d'intérêt public pour intervenir sur la formation des professionnels, faciliter l'approche du numérique et réduire la fracture numérique,
  - Des associations ont des conseillers numériques qui assurent des permanences et guident les patients.
- > Le réseau des représentants des usagers est formé par France assos Santé qui est habilité pour participer à l'amélioration des soins et aux prises en charge des personnes. Ce réseau peut être un point d'appui pour développer les projets développés.

*« La télémedecine donne de l'espoir aux patients, mais la fracture numérique en santé est importante et doit être prise en compte pour former les professionnels à l'accompagnement du patient. »*

**MV (constats par SMS) :** Il est nécessaire de former l'ensemble du personnel soignant au numérique, notamment les aidants des personnes en situation de handicap. Il faut être vigilant pour ne pas confier les données des patients aux IA, pour des raisons de RGPD.

**Synthèse de la deuxième table ronde :**

**Faciliter l'accès aux soins non programmés : quels nouveaux outils au services des patients et des professionnels ?**

> L'accompagnement des patients en parcours de soins complexes peut se réaliser en plusieurs étapes :

**1)** Connaître sur le territoire les besoins en soins non programmés des patients selon leurs parcours de soin,

**2)** Développer des outils et des équipes d'accompagnement pluri professionnel en fonction de ces besoins,

**3)** Former le patient tout au long de son parcours de soin, avec une équipe pluri professionnelle médecin généraliste, infirmier de pratiques avancées, pharmacien, kiné, pour l'aider dans son parcours, dans la connaissance de ses besoins et dans les services à contacter.

> Outiller les professionnels avec des outils évolutifs et simple à utiliser : annuaire des services et des compétences locales, plateforme d'échanges et de partage des données entre professionnels, agenda partagé.

> Les outils numériques tels que la téléconsultation, permettent de mailler le territoire et de développer de nouvelles relations pluri professionnelles. Ces outils doivent être encadrés pour accompagner le patient et veiller à la protection de ces données.



## 2. Restitution des ateliers de l'après-midi

L'après-midi en table de travail a été structurée autour de 4 tables thématiques :

1. **L'usager sans maladie chronique préexistante face à une symptomatologie aiguë.**
2. **Le patient autonome atteint d'une maladie chronique (*pathologie unique, pathologie complexe, poly pathologie*) confronté à un risque de déstabilisation ou d'une aggravation de sa maladie.**
3. **Le patient en perte d'autonomie du fait de la maladie chronique du grand âge, et/ou d'une situation de handicap.**
4. **Le patient en situation de fragilité sociale dans un contexte d'inégalités sociales et culturelles.**

Les ateliers sont restitués de la façon suivante :

- Les enjeux liés à la thématique,
- Les problématiques liées à la thématique,
- Les contributions des participants,
- La synthèse des contributions.

L'objectif de l'atelier était d'approfondir et de développer les échanges en groupes de travail, pour déboucher sur des propositions concrètes en vue du futur Schéma régional de santé (SRS) 2023 – 2028.



## 1.3 Atelier n°1 : L'utilisateur sans maladie chronique préexistante face à une symptomatologie aiguë

### 1.3.1 LES ENJEUX LIÉS À LA THÉMATIQUE

Près de 40% des patients venant aux urgences pour une symptomatologie aiguë n'ont pas de facteur de gravité justifiant la sollicitation. Plusieurs facteurs sont incriminés : une augmentation de la demande liée à de nouvelles habitudes de consommation de soins et une modification de l'offre de soins primaires (*recul de la démographie médicale, répartition inégale des professionnels sur les territoires*).

> 9,1 % des patients de plus de 17 ans consommant des soins n'ont pas de médecin traitant.

Le soin non programmé pour les parents de nourrissons et jeunes enfants nécessite une organisation adaptée et structurée de la réponse apportée du fait de « l'urgence ressentie » et l'anxiété associée.

### 1.3.2 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA THÉMATIQUE

#### Les problématiques liées à la thématique

- > Comment réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins non programmés ?
- > Quel rôle pour le Service d'Accès aux Soins, la régulation médicale et la télémédecine ?
- > Comment mobiliser d'autres ressources que les médecins (*pharmaciens, biologistes, masseur kinésithérapeutes, dentistes, sage femmes, IDE*) ?
- > Quelle organisation spécifique pour le soin non programmé des enfants (*articulation pédiatrie et médecine générale, rôle des coopérations territoriales, SAS, urgences pédiatriques*) ?
- > Quelle éducation à la santé des usagers pourrait modifier la demande de soins non programmés ? Une éducation parentale adaptée pourrait-elle permettre de réduire les soins non programmés des enfants ?
- > Quelles informations et ressources accessibles au grand public pourraient modifier la demande de soins non programmés ?

### 1.3.3 LES CONTRIBUTIONS DES PARTICIPANTS LIÉES A LA THÉMATIQUE

Situations	Objectifs	Actions à mettre en place pour répondre à l'objectif
Le nourrisson et le petit enfant	Assurer des tests de diagnostics et un traitement des patients plus rapide.	Former les médecins généralistes et les pharmaciens à la prise en charge des nourrissons et petits enfants.
	Créer une "filière" pédiatrique au sein du SAS.	Développer une régulation pédiatrique en lien avec le SAS, le SAMU et les pédiatres libéraux. <u>ATTENTION</u> : les ressources humaines sont limitées. Apporter un conseil personnalisé et développé pour limiter le recours aux SNP.
	Prendre en charge les enfants venant pour des troubles psychiatriques aux urgences psychiatriques et non dans les services de pédiatrie.	
L'adolescent et l'adulte	Développer chez les professionnels une interconnaissance des différents dispositifs, afin de mieux orienter les patients.	Élargir l'interconnaissance aux SAS, SAMU, CPTS, associations régulières, CSNP/CMSI et à l'ensemble des PS.  <u>ATTENTION</u> : le <i>turn over</i> du personnel peut être important et constituer un frein dans cette connaissance des dispositifs. Former les régulateur et l'ARM à la connaissance des différents dispositifs. Outiller les ARM avec des cartographies et annuaires des dispositifs existants
	Éduquer et informer les usagers/ patients.	Déployer l'éducation et l'information des usagers/ patients avec un ensemble de partenaires : ECD, cabinets médicaux et paramédicaux, mairies, etc.
Général	Communiquer sur le SAS envers toute la population afin d'élargir son recours et sa pertinence. Développer un SAS fonctionnel dans chaque département.	Impliquer les écoles, les hôpitaux, les associations et la CPAM à cette communication. Déployer l'éducation et l'information de chacun, en

Situations	Objectifs	Actions à mettre en place pour répondre à l'objectif
		utilisant les bons outils. Cette démarche permettra de savoir qui contacter en cas de tels besoins, de cartographier les soins disponibles sur le territoire, etc.
	<b>Faciliter l'accès des Maisons médicales de garde</b>	
	<b>Faciliter les tests de diagnostics rapides (TROD, covid, grippe, VRS, Quick CRP)</b>	Éduquer et informer les jeunes parents à la sortie de la maternité. <b>ATTENTION</b> : évolutions réglementaires nécessaires et formation des professionnels sur disponibilité et pertinence des tests
	<b>Gagner en lisibilité dans les prises en charge des SNP</b>	Développer l'interconnaissance des professionnels et de leurs pratiques, pour savoir quels dispositifs existent. Installer les MMG à proximité des services des urgences.
	<b>Organiser la PDSA autour des MMG</b>	S'organiser de façon territoriale avec les acteurs du terrain.
	<b>Répondre aux soins non programmés en amont et en aval du SAS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En amont avec l'ensemble des professionnels de santé libéraux,</li> <li>➤ En aval avec le SAS.</li> </ul>	Cartographier les services médicaux disponibles, avec une fonction pour visualiser les disponibilités des intervenants/ professionnels de la santé.

### 1.3.4 SYNTHÈSE DES CONTRIBUTIONS LIÉES À LA THÉMATIQUE

Objectifs	Actions pour répondre à l'objectif
<b>Assurer une meilleure orientation des patients et une meilleure optimisation des ressources</b>	Augmenter l'interconnaissance et la visibilité des dispositifs de prise en charge de SNP
<b>Réguler médicalement les patients dès l'entrée aux urgences</b>	
<b>Améliorer la pertinence des soins, par le recours des patients au SAS</b>	Développer la communication autour du SAS
<b>Améliorer l'orientation et le traitement des patients</b>	Faciliter les tests de diagnostics rapides Réduire les examens complémentaires
<b>Assurer un conseil développé et personnalisé aux nourrissons et petits enfants</b>	Développer une filière pédiatrique dans les SAS.
<b>Améliorer l'organisation des urgences pédiatriques</b>	Transférer les urgences pédiatriques aux services des

## Objectifs

**Informer et sensibiliser les familles sur les enjeux d'accès aux soins non programmés et sur le SAS**

## Actions pour répondre à l'objectif

urgences psychiatriques et non en services pédiatriques.

Communiquer de façon large via différents partenaires / outils : mairies, éducation nationale, assurance maladie, flyers, réseaux sociaux etc.

## 1.4 Atelier n°2 : Le patient autonome atteint d'une maladie chronique confronté à un risque de déstabilisation ou d'une aggravation de sa maladie

### 1.4.1 LES ENJEUX LIÉS À LA THÉMATIQUE

Le suivi en équipe traitante au sein des structures pluri professionnelles d'exercice coordonné permet le plus souvent d'apporter une réponse à la demande de soins non programmés. Cependant, tous les patients ne sont pas suivis par un médecin dans un parcours coordonné.

> 1% des patients de 17 ans et plus et en Affection de Longue Durée n'ont pas de médecin traitant en Grand Est

Les modalités de demande d'un soin non programmé ne sont pas systématiquement abordées dans le parcours de soin du patient et connues de celui-ci.

### 1.4.2 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA THÉMATIQUE

#### Les problématiques liées à la thématique

- > Comment éviter que le suivi d'un patient sans médecin traitant et/ou parcours de soins ne devienne qu'une succession de soins programmés ?
- > Quelle coopération Ville-Hôpital des acteurs pour une réponse adaptée chez les patients en télésurveillance ?
- > Quels rôles d'orientation pour le Service d'Accès aux Soins, le Service d'Accueil des Urgences, sollicités par le patient sans médecin traitant ?
- > Quel rôle pour le dispositif d'Appui à la Coordination ?
- > Comment organiser le recours par l'équipe traitante et/ou le patient à un avis spécialisé non programmé ?
- > Quelle éducation à la santé pour limiter le recours aux soins non programmés ?

### 1.4.3 LES CONTRIBUTIONS DES PARTICIPANTS LIÉES A LA THÉMATIQUE

Situations	Objectifs	Actions à mener
Le patient est déjà dans un parcours de soin	Rendre le patient acteur de sa maladie, notamment à travers l'Education Thérapeutique (ETP).	<p>Développer l'éducation au parcours de soins des patients à travers l'ETP, les URPS, les réseaux de santé, les CPTS, les MSP, les associations de patients, l'UTEP, les APA labélisés, les patients experts, la CPAM et l'ARS.</p> <p>Développer l'ETP, sachant que ce dispositif est financé.</p> <p>Développer les réseaux thématiques, sachant que ces derniers existent déjà.</p> <p><u>ATTENTION</u> : toutes les maladies chroniques n'ont pas de réseaux.</p> <p>Assurer une formation continue des patients.</p> <p><u>ATTENTION</u> : la lisibilité des dispositifs est complexe et certaines maladies chroniques sont méconnues.</p>
	Aider à la prise en charge et optimiser le parcours de soin.	<p>Créer pour chaque CPTS et pour les soins primaires, un groupe d'IPA et d'assistants mutualisés et disponibles.</p> <p>Former les IPA aux outils de coordination, à l'interconnaissance professionnelle, aux liens avec l'hôpital, et à la communication du CPTS.</p> <p><u>ATTENTION</u> : les IPA sont peu nombreux et connaissent des difficultés pour communiquer sur le CPTS et connaître son champs d'action dans sa globalité.</p> <p>Cartographier les acteurs : médecins généralistes, IDE, IPA, assistants sociaux, DAC, pharmaciens et ARC.</p>
	Optimiser le temps médical du patient dès sa prise en charge	<p>Former les IPA en secteur libéral à d'autres domaines de soin.</p> <p>Valoriser financièrement le passage d'IDE auprès des patients et des médecins conventionnés, en lien avec l'assurance maladie et l'ARS.</p> <p>Mener des protocoles de coopération entre les différents acteurs, notamment en termes de communication.</p> <p>Ouvrir les CPTS à différents acteurs et de façon pluri professionnelle en intégrant le secteur médico-social</p> <p>Mener une évaluation des CPTS par l'ARS.</p>

Situations	Objectifs	Actions à mener
	<b>Rendre accessible le DMP "Ma santé" et l'espace de santé à tous les professionnels de santé ville-hôpital.</b>	<p>Associer à cette démarche l'assurance maladie, les CPTS, les services informatiques et les soignants.</p> <p><u>ATTENTION</u> : tous les professionnels ne sont pas à l'aise avec l'information numérique.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Développer un logiciel métier facilement accessible et dédié aux parcours de soins.</li> <li>2) Développer une fonction sur les temps de soins passés pour chaque patient.</li> <li>3) Assurer la communication de ce logiciel par les professionnels de santé.</li> </ol> <p>Sécuriser les données et veiller au respect à la vie privée des patients, notamment dans le partage des informations entre professionnels.</p>
	<b>Organiser une prise en charge des patients rapide et adaptée.</b>	<p>Développer un guichet unique pour les maladies chroniques.</p> <p><u>ATTENTION</u> : les ressources financières sont limitées</p> <p>Associer aux guichets uniques les réseaux de la santé, les associations de patients, les patients experts, l'ARS et la CPAM.</p> <p><u>ATTENTION</u> : la motivation des personnes peut être limitée dans la construction de ces guichets.</p> <p>Créer un annuaire commun à tous les professionnels.</p> <p>Utiliser les outils numériques.</p>
	<p><b>Construire sur le territoire, des équipes de soins spécifiques et multidisciplinaires, pour les thématiques particulières (pompes externes, diabète, greffes d'îlots, etc.), afin de créer une offre de soins ville-hôpital homogène.</b></p> <p><b>Cette action permettrait d'améliorer la prise en charge des patients de façon qualitative et économique.</b></p>	<p>Définir ce qu'est une pathologie fréquente, pour aider à la construction des équipes de soins spécifiques.</p> <p>Référencer, notamment à travers les CPTS, les pathologies qui nécessitent une priorisation des parcours de soin telles que le diabète, l'IC, les RRC, etc.</p> <p>Impliquer dans les équipes les médecins traitants/spécialisés, les psychologues, etc.</p> <p><u>ATTENTION</u> : la lourdeur administrative, le manque de temps et de moyens financiers peuvent restreindre la construction de ces équipes.</p> <p>Une valorisation financière des professionnels, peut aider la construction de ces équipes.</p>
<b>Le patient est sans médecin traitant et / ou sans parcours de soins identifié</b>	<b>Repérer et accompagner en pharmacie les patients en parcours de soin, lors de leur passage en officine.</b>	<p>Associer à cette démarche, les pharmaciens, les médecins traitants, les IPA et les assistants médicaux spécialisés.</p> <p><u>ATTENTION</u> : les pharmaciens peuvent être réticents à cette démarche et les patients peuvent être méfiants envers les conseils procurés en pharmacie.</p>

Situations	Objectifs	Actions à mener
	<p><b>Le pharmacien peut alors déterminer un parcours de soin avec le patient, notamment en cas d'aggravation de son état ou de changements importants dans sa vie.</b></p> <p><b>Actionner tous les leviers possibles pour que le patient ait un médecin traitant.</b></p> <p><b>Créer un référent de parcours pour chaque patient.</b> <b>Orienter le patient en aval des urgences.</b> <b>Accompagner toutes les personnes en ADL.</b></p>	<p>Développer un protocole/ programme et une coopération entre les pharmaciens et les CPTS, notamment à travers la formation.</p> <p>Cartographier les ressources locales en termes de soins, pour mieux diriger les patients.</p> <p>Mener cette action en plusieurs temps :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Repérer les pharmaciens volontaires,</li> <li>2) Former ces pharmaciens,</li> <li>3) Développer avec eux un protocole de coopération pluri professionnelle.</li> </ol> <p>Favoriser l'adhésion des médecins aux CPTS.</p> <p>Orienter les patients vers les CPTS, pour rechercher un médecin traitant.</p> <p>Trouver un médecin traitant aux patients lors de leur passage en hôpital.</p> <p>Articuler les missions entre les DAC et les CPTS, afin de faciliter les recherches de médecins.</p> <p>Développer l'utilisation de la téléconsultation et de la télé expertise à travers un groupe de professionnels centré sur le patient.</p> <p>Associer à chaque patient, un « médecin commis d'office »</p> <p>Assurer cette orientation à travers le DAC.</p> <p>Faciliter et favoriser l'intégration des personnes en ADL, dans un parcours des personnes de soins.</p> <p>Associer à cette action la CPAM, les CPTS, l'ARS, la médecine de ville, les associations d'usagers, la CSC, l'éducation nationale.</p> <p>Identifier les médecins généralistes qui ont de la place.</p>
Général	<p><b>Assurer l'accompagnement des patients en psychiatrie, notamment lors en UHCD.</b></p> <p><b>Faciliter l'accès à une admission directe à l'hôpital, sans passer par les urgences.</b></p> <p><b>Faciliter l'intégration des patients dans leur parcours de soin.</b></p>	<p>Développer cet accompagnement pour les enfants, avec une prévention sur le suicide.</p> <p>Développer les maillages ville-hôpital.</p>

## 1.4.1 SYNTÈSE DES CONTRIBUTIONS LIÉES À LA THÉMATIQUE

Objectifs	Actions pour répondre à l'objectif
<b>Rendre le patient acteur de sa santé et partenaire de son partenaire de santé</b>	<p>Faire monter en compétences les patients afin qu'ils comprennent mieux leurs maladies, traitements et qu'ils gèrent au mieux leurs demandes de soins.</p> <p>Cette action amènera les patients à mieux gérer les soins non programmés. Trouver pour chaque patient chronique, un médecin traitant/ référent de parcours.</p>
<b>Mettre en place un guichet unique par maladie chronique</b>	<p>Créer une <i>hot line</i>, telle que Sos Diabète, afin de procurer de l'information, une orientation et un avis sur la situation du patient.</p>
<b>Accompagner les bénéficiaires d'une ADL, pour éviter l'aggravation de la maladie</b>	<p>Développer la responsabilité populationnelle en formant tous les interlocuteurs.</p>
<b>Faciliter l'intégration des patients dans leurs parcours de soin en leur rendant lisible</b>	<p>Orienter le patient dès sa sortie des urgences, vers les DAC, pour un suivi coordonné avec une communication ville-hôpital. Organiser l'accès directe à l'hôpital, sans passer par les urgences. Repérer en pharmacie les patients atteints d'une maladie chronique et les diriger dans un parcours de soin. Favoriser les télécommunications assistées par un IDE, un pharmacien. Rendre accessible le DMP, pour les professionnels intervenants dans la prise en charge ville-hôpital, afin de se diriger vers une optimisation et un partage coordonné des soins.</p>
<b>Référencer au niveau territorial, les pathologies qui nécessitent de renforcer les parcours de soins avec un accompagnement pluri professionnel</b>	<p>Impliquer les professions sociales dans cette démarche. Développer un parcours de soin créé autour du patient.</p>
<b>Déployer pour les soins de premier recours et spécialisés les IPA, les IDE en coopération afin de libérer du temps aux professionnels pour les soins les plus complexes</b>	<p>Mutualiser et organiser les IPA au niveau des CPTS. Développer les fonctions des IPA : aide à la prise en charge, prévention, décompensation. Développer les protocoles de coopération et délégation de tâches avec les IDE Favoriser l'accès à IPA (formation continue) des IDE spécialisées déjà en coopération (IDE diabète, parkinson, sclérose en plaques, etc.)</p>

## 1.5 Atelier n°3 : Le patient en perte d'autonomie du fait de la maladie chronique du grand âge, et/ou d'une situation de handicap

### 1.5.1 LES ENJEUX LIÉS A LA THÉMATIQUE

L'accès aux soins non programmés reste une priorité pour les populations des personnes fragiles et vulnérables en particulier les personnes âgées et les personnes en situation de handicap en perte d'autonomie ; l'anticipation du soin préventif et curatif est gravement et durablement impactée par la non-disponibilité des professionnels de première ligne notamment pour se rendre aisément au domicile, et la connaissance des dispositifs de soins.

> 1% des patients de 17 ans et plus et en Affection de Longue Durée n'ont pas de médecin traitant en Grand-Est

> 4,6% des patients consommant des soins de plus de 70 ans n'ont pas de médecin traitant

### 1.5.2 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES A LA THÉMATIQUE

#### Les problématiques liées à la thématique

- > Comment anticiper et organiser le soin non programmé à domicile ?
- > Comment anticiper et organiser le soin non programmé en institution ? Quel rôle pour l'Hospitalisation à Domicile ?
- > Quel rôle pour la télémédecine, télésurveillance ?
- > Comment éviter que le suivi ou la prise en charge d'un patient d'un patient ne devienne qu'une succession de soins non programmés ?
- > Comment organiser le recours par l'équipe traitante et/ou le patient à un avis spécialisé et/ou à des examens complémentaires (biologie, radiologie) non programmés ?
- > Quel rôle d'orientation pour le Service d'Accès aux Soins, le Service d'Accueil des Urgences, sollicités par le patient sans médecin traitant ?

### 1.5.3 LES CONTRIBUTIONS DES PARTICIPANTS LIÉES A LA THÉMATIQUE

Situations	Objectifs	Actions à mener
Le patient à domicile	Coordonner les parcours de façon locale.	Développer les « handi consultations » avec des équipes mobiles renforcées et des services autonomes. Mailler les CS en dehors des urgences, à travers un groupement médical des soins intermédiaires (GMSI). Solliciter les EM de TLC et les médecins salariés/ libéraux disponibles. Communiquer le SAS au grand public.

Situations	Objectifs	Actions à mener
	<p><b>Repérer précocement les besoins prévisibles de soins non programmés en santé au domicile des patients poly pathologiques suivis à domicile</b></p>	<p>Développer un code à distance pour les urgences, par exemple une sonnette d'alarme. Repérer des indicateurs clés, comme la première chute. Assurer une communication personnelle et régulière avec les personnes isolées, à travers les télécommunications, la famille, afin de trouver des solutions sur le long terme. Amener les professionnel médicaux et les EMG à domicile pour créer du lien. Intégrer une IPA dans les établissement médicaux, pour intervenir en cas d'urgence. Adapter les hospitalisations à domicile et au niveau pluri-professionnel, notamment pour prévenir la perte d'autonomie et assurer une veille sanitaire quotidienne.</p>
	<p><b>Identifier les parcours de soins avec les médecins traitants et des aidants formés.</b></p>	<p>Former le personnel soignant pour savoir où diriger les patients Placer les maisons médicales comme guide, à appeler dans les parcours médicaux.</p>
<p><b>Le patient hébergé dans le secteur médical social</b></p>	<p><b>Assurer un accompagnement pluri-professionnel des patients</b></p>	<p>Mutualiser les moyens sanitaires ET – MS et humains avec des équipes (<i>infirmiers, IPA, PS, médiateurs en santé, psychologues, intervenants</i>) qui interviennent sur plusieurs sites et en partenariat avec les médecins généralistes. Assurer une prévention bucco-dentaire, ophtalmique, etc. avec des équipes mobiles dans les villes, les EHPAD, FAS (foyer autiste), etc., notamment pour répondre au manque de médecin. Former les aides-soignantes et le personnel médical à la téléconsultation, avec des référents dédiés. Généraliser/ rendre obligatoire les astreintes des infirmières de nuit et le recours aux IPA pour éviter les transferts aux urgences. Développer la téléconsultation, avec notamment l'intervention de spécialistes. Assurer l'accompagnement des patients sur le long terme, avec une admission directe à l'hôpital et un bilan post hospitalisation. Former les professionnels à l'offre de soin territoriale pour orienter et personnaliser l'accompagnement des patients.</p>

## 1.5.4 SYNTÈSE DES CONTRIBUTIONS LIÉES À LA THÉMATIQUE

Objectifs	Actions pour répondre à l'objectif
<b>Limiter les décompensations et mieux partager les informations.</b>	<p>Former les professionnels. Utiliser la télémédecine, l'HAD, le suivi chronique et multi professionnel. Former les professionnels à la téléconsultation et structurer les données présentes. Acculturer les professionnels aux travaux des différentes équipes, notamment pour répondre aux besoins de formation. Améliorer la communication de l'offre existante en matière de soin sur le territoire.</p>
<b>Améliorer la détection précoce à la perte d'autonomie par les acteurs du territoire.</b>	<p>Développer les équipes mobiles et leurs missions en domicile. Développer la coordination entre professionnels. Mutualiser les services techniques et technologiques. Faciliter l'intervention des professionnels de santé en EMS.</p>
<b>Développer à-travers les CPTS un SAS avec les acteurs du territoire.</b>	<p>Développer les IPA et augmenter les partenariats avec la ville pour répondre aux tensions en termes de RH.</p>
<b>Mutualiser les moyens entre les ESMS et les acteurs de santé.</b>	<p>Développer les équipes mobiles. Déployer les interventions des IPA en ESMS. Admettre directement les patients âgés dans les services hospitaliers, sans passer par le service des urgences. Former des référents en télémédecine. Généraliser les astreintes des infirmières de nuit.</p>

## 1.6 Atelier n°4 : Le patient en situation de fragilité sociale dans un contexte d'inégalités sociales et culturelles

### 1.6.1 LES ENJEUX LIES A LA THEMATIQUE

L'accès aux soins non programmés reste une priorité pour les populations en situation de vulnérabilité sociale ou toute personne à risque d'un accès difficile aux soins et à la santé du fait de barrières sociales, culturelles ou économiques.

Les inégalités sociales sont aujourd'hui un facteur aggravant des difficultés d'accès aux soins : gradient social de l'état de santé, renoncement au recours aux soins nécessaires.

> 1,2% des patients de 17 ans et plus bénéficiant de la CSS n'ont pas de médecin traitant en Grand Est

> 4,6% des patients consommant des soins de plus de 70 ans n'ont pas de médecin traitant en Grand Est

### 1.6.2 LES PROBLEMATIQUES LIEES A LA THEMATIQUE

#### Les problématiques liées à la thématique

- > Comment permettre aux personnes en situation de vulnérabilité sociale d'accéder comme les autres à ces soins non programmés ?
- > Comment accompagner les personnes en situation de vulnérabilité sociale vers les dispositifs existants SAS, PASS, DAC, etc. ?
- > Quelle place pour les structures d'exercice coordonné (dont les CPTS) dans les territoires les plus éloignés, en lien avec les dispositifs cités précédemment ?
- > Quelle place pour les dispositifs d'Appui à la Coordination ?
- > Comment aider les professionnels pour une prise en charge de ces personnes ? Interprétariat, médiateurs, etc. ?
- > Comment organiser le soin non programmé de personnes résidant en structures sociales, et peu mobiles ?
- > Comment éviter que le suivi d'une personne en situation de vulnérabilité sociale sans médecin traitant et/ou parcours de soins ne devienne qu'une succession de soins programmés ?

### 1.6.3 LES CONTRIBUTIONS DES PARTICIPANTS LIÉES A LA THÉMATIQUE

Situations	Objectifs	Actions à mener
Le mineur en situation de vulnérabilité sociale	Se diriger vers le « aller chercher », plutôt que vers le « aller vers »	Favoriser les compétences de médiation, à travers un état des lieux des compétences sur le territoire.  Des expérimentations existent avec de développement d'équipes faisant le lien avec des psychiatres et la police.

Situations	Objectifs	Actions à mener
	Assurer un contact directe au PS.	Développer une ligne ouverte 24h/24, notamment dédiée à la santé mentale des patients.
	Créer un service public qui développe l'autonomie des personnes avec un guichet intégré.	Travailler sur la fracture numérique, l'information et la communication avec les 4 catégories identifiés avec l'étude DAUM.
	Créer une convergence des plateformes et des dispositifs (PS, accès au SAS)	Lier les différents services de santé, sociaux et juridiques. Sensibiliser les professionnels au colloque singulier.
L'adulte avec ou sans droits assurance maladie	Repérer les personnes sans papiers.	Développer des comptes rendus personnalisés pour indiquer les droits fondamentaux des personnes sans papiers. Développer des équipes mobiles pour accompagner les personnes sans domicile. Communiquer les coordonnées des personnes en mesure d'assurer l'interprétariat.
	Informers les personnes sur les dispositifs de santé complémentaires.	Développer les liens avec les PASS.
	Se diriger vers le « aller chercher », plutôt que vers le « aller vers ».	Décloisonner les services pour apporter plus de lisibilité et se diriger vers les personnes « hors les murs ». Avoir une attitude pro active envers les personnes en situation de fragilité sociale. Diriger les patients vers les médecins, plutôt que de les attendre au service des urgences.
		La mobilité des équipes de soins peut répondre à cette problématique. Assurer régulièrement la visite des patients à domicile.
		Assurer une accès directe à des professionnels pour les problèmes de santé mentale.

#### 1.6.4 LA SYNTÈSE DES CONTRIBUTIONS LIÉES À LA THÉMATIQUE

Objectifs	Actions pour répondre à l'objectif
Apporter des réponses spécifiques et adaptées aux différentes catégories de patients.	Prendre en compte la fracture numérique des patients. Identifier pour chaque catégorie si la réponse apportée doit être fait de façon informationnelle ou communicationnelle. Développer un accès téléphonique et à la téléconsultation aux travailleurs sociaux. Développer un accès direct aux soins de santé mentale pour les personnes vulnérables identifiées.

## Objectifs

**Créer une convergence des outils et des dispositifs existants dans le domaine de la santé et du social.**

**Adapter sa communication/ information à la personne en face**

**Se diriger vers le « aller chercher », plutôt que vers le « aller vers »**

## Actions pour répondre à l'objectif

Créer une culture commune et former le sanitaire au social et le social ou sanitaire (penser la notion de parcours et non de réponse)

Communiquer de façon FALC sur l'accès au SAS.

Sensibiliser les professionnels sociaux comme du sanitaire au colloque singulier.

Associer les plateformes et outils utilisés à un numéro de téléphone qui dirige vers un professionnel de santé.

Mener des actions en faveur des personnes les plus isolées des parcours de soin.

Réfléchir et organiser la mobilité solidaire des équipes, avec un dispositif d'interprétariat.

Augmenter les visites des patients à domicile.



## | 3. Suites des travaux et perspectives

*Dominique Thirion, Directrice adjointe de la stratégie de l'ARS Grand Est*

**Dominique Thirion** remercie l'ensemble des participants pour leurs contributions en amont du séminaire et pendant celui-ci et indique que l'ensemble des échanges ont été très fructueux.

**L'objectif est d'élaborer un Schéma régional de santé (SRS) pertinent et efficace par rapport aux enjeux territoriaux.**

Le SRS sera élaboré en plusieurs étapes

- Une concertation tout au long de l'élaboration du schéma régional de santé,
- Une consultation officielle et réglementaire à partir de mi-juillet 2023, pendant 3 mois,
- Une publication au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2023.

Compte tenu de la publication de certains textes relatifs à la réforme des autorisations postérieurement au 1<sup>er</sup> novembre, **l'ARS sera amenée à réviser le schéma régional de santé dès 2024, ce qui permettra d'ajuster certaines priorités au regard des orientations nationales et de la stratégie nationale de santé attendues pour la fin de l'année 2023.**

En complément du schéma régional de santé 2023-2028, des feuilles de route 2023-2028 sur les parcours populationnels et sur les axes stratégiques du projet régional de santé sont en cours d'élaboration. Elles concerneront notamment les maladies chroniques, les maladies rares, les patients atteints de cancer, le parcours des enfants-adolescents, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, et aussi des feuilles de route sur les soins de proximité, les ressources humaines en santé, le numérique et l'innovation en santé.

De nombreux chantiers sont donc ouverts et l'ARS remercie les nombreux participants du séminaire.

## Bilan du séminaire

Le séminaire a démontré deux éléments principaux :

→ Le besoin des participants de se rencontrer au niveau régional autour de thématiques de travail concrètes, pour partager et échanger.

→ Le souhait d'avancer en partenariat et de façon pluri professionnelle sur des réflexions et pratiques communes, sous réserve de déboucher sur des solutions concrètes répondant aux priorités relevées par les acteurs.



## Annexe 1 – Cadre général de la journée

### Informations générales

**Date :** jeudi 13 avril 2023, de 8h30 à 16h30

**Lieu :** Strasbourg, Palais de la Musique et des Congrès

**Nombre de participants :** 115 participants, dont 56 personnes aux ateliers

#### Les personnalités publiques suivantes sont intervenues :

- Virginie CAYRÉ, Directrice générale de l'ARS Grand-Est,

#### L'action de concertation a été animée par :

- Pascal BEAUMARD, Directeur conseil - État d'Esprit Stratis,
- Mathieu VIVIEN, Consultant - État d'Esprit Stratis,
- Trystan SIMON, Consultant - État d'Esprit Stratis,

### Objectifs de la journée

L'objectif premier du séminaire était de réfléchir et de proposer une dizaine d'objectifs opérationnels à retenir pour une organisation territoriale optimisée de la prise en charge des besoins non programmés de soins des concitoyens.

La journée régionale d'échanges avec les partenaires a permis de co-construire avec l'ensemble des partenaires, des objectifs pour la priorité "Optimiser l'accès aux soins non programmés dans nos territoires" du Schéma régional de santé 2023 – 2028.



## Les modalités de la rencontre

La journée a été structurée autour de 2 temps structurants :

1. Deux tables rondes avec 6 intervenants et 1 grand témoin pour ouvrir les échanges,
2. Quatre ateliers participatifs en groupe de travail pour approfondir les échanges.

Les participants ont été accueillis à partir de 9h30 au Palais de la Musique et des Congrès de Strasbourg. Le séminaire s'est ouvert à 10h00 par un temps d'accueil, suivi de l'introduction par Virginie Cayré, Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Grand Est.

Les propos introductifs ont permis de situer le séminaire professionnel dans une dynamique de territoire et dans le temps long avec le futur schéma régional de santé 2023 -2028.

## UNE MATINEE POUR ECLAIRER / DEFRICHER DES THEMATIQUES

La matinée était organisée autour de 2 tables rondes, avec plusieurs professionnels de la santé et un grand témoin liés à la thématique.

La matinée en plénière était structurée en 2 tables rondes thématiques

1. Optimiser l'organisation des soins non programmés dans les territoires : quels nouveaux leviers ?
2. Faciliter l'accès aux non programmés : quels nouveaux outils au service des patients et des professionnels ?

**L'objectif des tables rondes était d'ouvrir la discussion autour de thématiques précises, en partant de manière concrète du vécu d'un usager (le grand témoin) et de professionnels de la santé.** Les différents intervenants se sont exprimés sur leur cadre d'intervention et outils développés. L'ensemble des échanges ont permis d'ouvrir la réflexion et de donner des pistes d'action, en vue du futur schéma régional de santé 2023 – 2028. **Les participants dans la salle pouvaient interagir avec le grand témoin et les professionnels par sms centralisés et synthétisés par les animateurs.**

La pause méridienne, sous forme de buffet, a permis à tous les acteurs (participants & intervenants) d'échanger de façon informelle.

## UNE APRES-MIDI POUR DEVELOPPER DES PISTES DE REFLEXIONS

L'après-midi l'ensemble des participants était divisé selon leurs profils, en 4 groupes de travail. Stéphane de Mouzon a d'abord restitué les débats des tables de ronde de la matinée sous forme de facilitation graphique.

À la suite de la restitution les groupes ont été répartis en 4 tables de travail

### Construire ensemble le futur schéma régional de santé 2023 - 2028



#### 14h15-15h30 / Construire des réponses selon les besoins spécifiques en soins non programmés des usagers

4 ateliers en simultané en salle Schuman

##### ATELIER 1

L'utilisateur sans maladie chronique préexistante face à une symptomatologie aiguë.

Animation : Dr Astiana Boyer  
Dr Thomas Mercier

##### ATELIER 2

Le patient autonome atteint d'une maladie chronique confronté à un risque de déstabilisation ou d'une aggravation de sa maladie

Animation : Dr Laure Pain  
Dr Yoann Dominique

##### ATELIER 3

Le patient en perte d'autonomie du fait de la maladie chronique, du grand âge, et/ou d'une situation de handicap

Animation : Pr Sophie Siegrist  
Dominique Thirion

##### ATELIER 4

Le patient en situation de fragilité sociale dans un contexte d'inégalités sociales et culturelles

Animation : Véronique Floquet  
Aline Osbery

Journée régionale « Accès aux soins non programmés » - Strasbourg - 13 avril 2023

20

#### Les participants avaient 1h15, pour structurer leurs échanges

- Temps de lecture de la problématique,
- Tour de table pour dégager 3 objectifs opérationnels ;
- Temps d'échange pour étayer les objectifs opérationnels,
- Temps d'échange pour préparer la synthèse de restitution à donner aux animateurs centraux.

#### Chaque groupe était accompagné par

- **Un animateur central affilié à une thématique de travail** qui avait pour rôle de rappeler le cadre de l'atelier et de synthétiser les contributions du groupe pour la restitution,
- **Un animateur affilié à une table de travail** qui avait pour rôle de cadrer les échanges et de les reporter sur les grilles de contributions prévues à cet effet.

À la suite de l'atelier, l'animateur central a réalisé une synthèse des contributions des tables de travail liées à la même thématique, pour restituer en plénière cette dernière.

Le séminaire a été clôturé par **Dominique Thirion**, Directrice adjointe de la stratégie auprès de l'ARS Grand-Est. Son intervention a placé les échanges au niveau territorial et sur le temps long avec le SRS 2023 - 2028.

## Annexe 2 – Intervenants des tables rondes de la matinée

### Table ronde n°1 : Optimiser l'organisation des soins non programmés dans les territoires : quels nouveaux leviers ?

Les intervenants étaient les suivants :

- **Dr Yannick Schmitt**, coordonnateur de la CPTS de Strasbourg Sud-Ouest Métropole et du DES de Médecine Générale, Faculté de médecine de Strasbourg
- **Bachir Filali**, Directeur du site de Golbey et des structures d'aval, Centres Hospitaliers d'Épinal et de Remiremont
- **Abdel Chaari**, Directeur de l'hôpital de proximité de Baccarat
- **Dr Claude Windstein**, Vice-président de l'URPS des pharmaciens
- **Dr Alain Prochasson**, Président de la CPTS de Metz et environs
- **Dr Éliane Abraham**, Directrice du Dispositif d'Appui à la Coordination de Meurthe-et-Moselle

Le grand témoin lié à la thématique est :

**Jean-Michel MEYER** : Président de France Assos Santé, délégation Grand-Est

### Table ronde n°2 : Faciliter l'accès aux soins non programmés : quels nouveaux outils au services des patients et des professionnels ?

Les intervenants étaient les suivants :

- **Pr Nathalie Jeandidier**, pôle endocrinologie-diabète-nutrition au CHU Strasbourg
- **Sylia Mokrani**, en charge du suivi opérationnel des territoires expérimentant la Responsabilité Populationnelle dans l'Aube-Sézannais
- **Dr Claude Bronner**, Président de l'URPS des médecins libéraux
- **Dr Jean-Charles Dron**, Directeur opérationnel de E-Meuse santé
- **Dr Manfred Zahorka**, senior manager project development, OptiMedis AG
- **Pr. Anne Charloux** : Vice-doyenne de la faculté de médecine de l'Université de Strasbourg

Le grand témoin lié à la thématique est :

**Angèle Ratzmann**, Présidente de la commission spécialisée droits des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)  
la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

# Annexe 3 – La restitution graphique des tables rondes par Stéphane de Mouzon

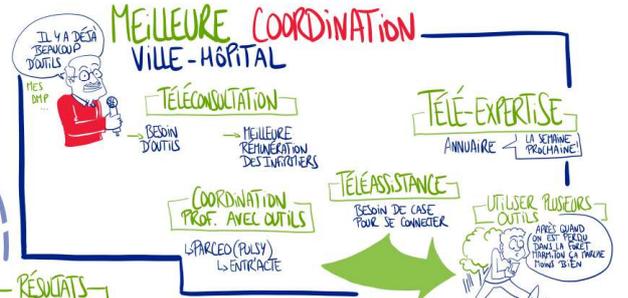
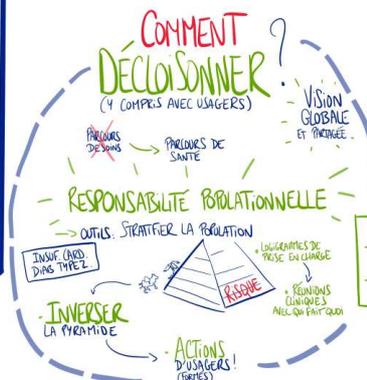
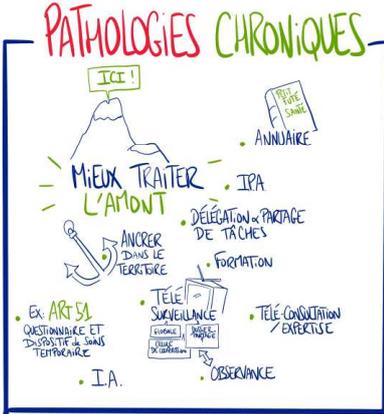
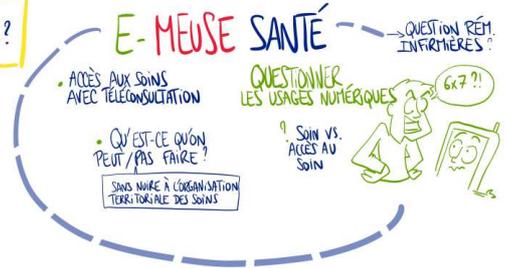


Dr Yannick Schmitt, coordonnateur de la CPTS de Strasbourg Sud-Ouest Métropole et de DES de Médecine Générale, Faculté de médecine de Strasbourg  
Isabelle Guin, Directeur du site de Gilly et des structures d'aval, Centres Hospitaliers d'Espinal et de Remiremont  
Abdell Chari, Directeur de l'Hôpital de proximité de Baccarat  
Dr Claude Wehrmann, Vice-président de l'URPS des pharmaciens  
Dr Alain Prichon, Président de la CPTS de Metz et environs  
Dr Elzane Abraham, Directrice du Dispositif d'Appui à la Coordination de Meurthe-et-Moselle  
Jean-Michel Meyer, Président de France Assos Santé Grand Est



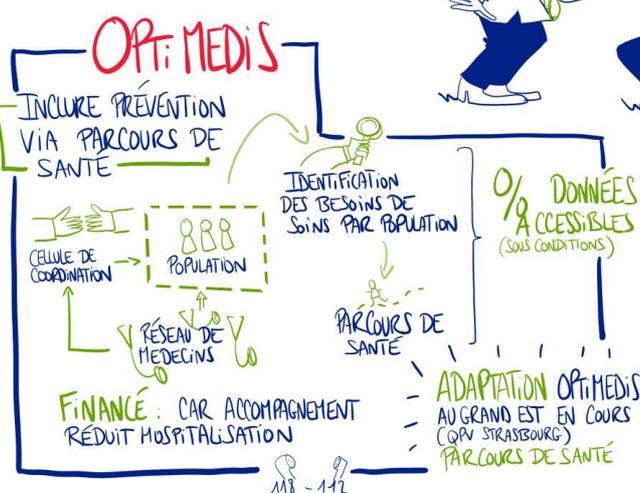
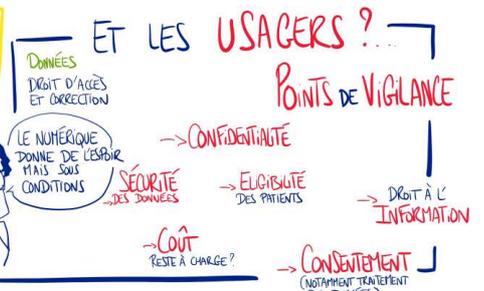
Dr Yannick Schmitt, coordonnateur de la CPTS de Strasbourg Sud-Ouest Métropole et de DES de Médecine Générale, Faculté de médecine de Strasbourg  
Isabelle Guin, Directeur du site de Gilly et des structures d'aval, Centres Hospitaliers d'Espinal et de Remiremont  
Abdell Chari, Directeur de l'Hôpital de proximité de Baccarat  
Dr Claude Wehrmann, Vice-président de l'URPS des pharmaciens  
Dr Alain Prichon, Président de la CPTS de Metz et environs  
Dr Elzane Abraham, Directrice du Dispositif d'Appui à la Coordination de Meurthe-et-Moselle  
Jean-Michel Meyer, Président de France Assos Santé Grand Est

# FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS



- Pr Nathalie Isandier, pôle endocrinologie-diabète-nutrition au CHU Strasbourg
- Sylvia Molinari, en charge du suivi opérationnel des territoires expérimentant la Responsabilité Populationnelle dans l'Aube-Sézanne
- Dr Claude Brunner, Président de l'URPS des médecins libéraux
- Dr Jean-Charles Dron, Directeur opérationnel de l'E-Meuse santé
- Dr Manfred Zahorka, senior manager project development, OptiMedis AG
- Angèle Rutzmann, Présidente de la commission spécialisée droits des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
- Pr Anne Chastoux, Vice-doyenne de la faculté de médecine de l'Université de Strasbourg

# FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS



- Pr Nathalie Isandier, pôle endocrinologie-diabète-nutrition au CHU Strasbourg
- Sylvia Molinari, en charge du suivi opérationnel des territoires expérimentant la Responsabilité Populationnelle dans l'Aube-Sézanne
- Dr Claude Brunner, Président de l'URPS des médecins libéraux
- Dr Jean-Charles Dron, Directeur opérationnel de l'E-Meuse santé
- Dr Manfred Zahorka, senior manager project development, OptiMedis AG
- Angèle Rutzmann, Présidente de la commission spécialisée droits des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
- Pr Anne Chastoux, Vice-doyenne de la faculté de médecine de l'Université de Strasbourg