



PROPOSITION DE LOI VISANT À RÉPONDRE À LA DEMANDE DES PATIENTS PAR LA CRÉATION DE POINTS D'ACCUEIL POUR SOINS IMMÉDIATS

Commission des affaires sociales

Rapport n° 461 (2019-2020) de Mme Elisabeth Doineau, sénatrice de la Mayenne

Réunie le mercredi 27 mai 2020 sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission des affaires sociales a adopté, avec des amendements présentés par sa rapporteure, la proposition de loi de Cyrille Isaac-Sibille et de députés membres du groupe Modem adoptée par l'Assemblée nationale le 28 novembre 2019.

I – Une initiative qui répond à des objectifs partagés

▪ *Un recours croissant et parfois inapproprié aux services d'urgence*

En 2017, **21,4 millions de passages aux urgences** sont recensés dans les 713 structures publiques ou privées d'urgences, alors que ce nombre était de 10 millions en 1996.

De nombreux travaux ont mis en avant un nombre important, quoique délicat à appréhender, de recours qui auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville, moins coûteuse pour l'assurance maladie. La Cour des comptes a ainsi estimé que les 10 à 20 % de patients n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire (CCMU 1 selon la classification clinique des malades aux urgences) pouvaient être dans ce cas.

Le rapport d'information du Sénat de 2017 sur les urgences hospitalières a établi une analyse détaillée de ce phénomène tout en rappelant qu'**un patient sur cinq fréquentant un service d'urgence le justifie par l'absence d'autre solution de prise en charge** (d'après une enquête nationale conduite par la Drees en 2013).

Le fait que ces services proposent, en un seul lieu et à toute heure du jour et de la nuit, une prise en charge complète permettant de réaliser des examens complémentaires (accès à des actes d'imagerie et de biologie ou à un médecin spécialiste), le tout sans avance de frais, constitue en outre un motif de recours privilégié.

▪ *Améliorer la prise en charge des soins non programmés : une priorité forte de la structuration en cours de l'offre de soins de ville*

Dans un rapport sur les « soins non programmés » remis en mai 2018, le député Thomas Mesnier fait état d'un « *besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement* » : il s'agit de soins qui **répondent à une urgence ressentie**, sans relever médicalement de l'urgence. Ils s'inscrivent dans la plage d'ouverture des cabinets médicaux, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en prenant le relai en soirée ou le dimanche.

Les **médecins généralistes** en sont les **premiers acteurs** : 80% d'entre eux déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge quotidiennement des consultations non programmées (*enquête de la Drees, janvier 2020*).

Dans un contexte de tensions sur la démographie médicale et face à une part croissante du suivi médical consacré aux pathologies chroniques, les accords conventionnels relatifs aux structures de santé pluriprofessionnelles (**maisons et centres de santé**) et valorisant le travail en coordination des professionnels de santé, ont fait de **l'accès aux soins non programmés un critère central d'éligibilité à des financements de l'assurance maladie**.

L'accord du 20 juin 2019 a inscrit l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville **parmi les missions « socles » c'est-à-dire obligatoires des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, dont le déploiement est un axe essentiel de « MaSanté2022 » comme du « pacte de refondation des urgences » présenté par la précédente ministre de la santé le 9 septembre 2019.

Cette organisation est toutefois encore en cours de structuration : **533 projets de CPTS** sont recensés au dernier bilan de février 2020, selon des degrés de maturité très variables ; soixante seulement ont un projet de santé validé par l'agence régionale de santé ; d'après la Cnam, une vingtaine de CPTS ont signé à ce jour l'accord en s'engageant de ce fait sur des actions plus précises en termes notamment d'accès aux soins.

II – La création de points d'accueil pour soins immédiats (PASI), une réponse ambulatoire à la problématique de l'accès aux soins non programmés

▪ La vocation et les missions des PASI

La proposition de loi, modifiée lors de son examen par l'Assemblée nationale et adoptée à l'unanimité, **ouvre la possibilité aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) de labelliser des structures destinées à prendre en charge, avec un plateau technique léger, des soins non programmés** en dehors de toute urgence vitale.

Inspirés d'initiatives locales, les **Points d'accueil pour soins immédiats (PASI)** institués par ce texte ont vocation à constituer, de façon complémentaire aux mesures engagées par le Gouvernement, une offre de soins ambulatoire alternative aux services d'urgence, attractive et visible pour les patients, pour éviter qu'ils ne se reportent, à défaut de réponse mieux adaptée, sur les urgences hospitalières.

La proposition de loi transmise au Sénat comporte un unique article 1^{er} (le gage financier à l'article 2 ayant été levé par le Gouvernement). Celui-ci définit, d'une part, les **missions** incombant à l'accueil pour soins immédiats, en trois niveaux :

- une **mission « socle » de soins non programmés** relevant de la médecine générale, qui pourraient par exemple consister en de la « petite traumatologie » ;
- une **mission éventuelle d'expertise**, par le recours à un avis d'un médecin spécialiste, le cas échéant via la téléexpertise ;
- une **mission d'orientation en tant que de besoin**, si l'état du patient le nécessite, vers un service d'urgences ou un service spécialisé.

Il précise, d'autre part, les modalités de labellisation des PASI remplissant ces missions et prévoit que ces structures font l'objet d'une **signalétique** spécifique. Celle-ci pourrait prendre la forme, selon l'auteur de la proposition de loi, d'une croix orange, entre la croix rouge des urgences et la croix verte des pharmacies.

▪ Des conditions de labellisation modifiées par l'Assemblée nationale pour renforcer l'articulation entre PASI et CPTS

La rédaction initiale de la proposition de loi prévoyait d'inscrire la mission d'« accueil pour soins immédiats » dans la définition des missions du service public hospitalier, en réservant aux seuls établissements de santé l'autorisation de comporter un ou plusieurs PASI.

Lors de l'examen du texte, l'Assemblée nationale a supprimé l'exclusivité donnée aux établissements de santé pour « porter » un PASI et a substitué au régime d'autorisation le principe, plus souple, d'une **labellisation pour cinq ans** par le directeur général de l'ARS de toute « structure » répondant aux **trois critères** suivants :

- le respect d'un **cahier des charges national**, qui devra notamment prévoir la présence ou l'accès à proximité à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale, afin d'offrir aux patients une prise en charge globale qu'ils peuvent trouver dans un service d'urgence ;
- la pratique du **tiers payant** et l'absence de dépassement d'honoraires afin d'assurer, là encore, une prise en charge selon les mêmes conditions financières qu'aux urgences ;
- **l'inscription dans le projet territorial de santé (PTS) ou le projet de santé d'une ou plusieurs CPTS**, étant précisé qu'en l'absence de CPTS constituée, le directeur général de l'ARS peut prendre l'initiative de labelliser un PASI qui pourra être ultérieurement intégré au projet de santé d'une CPTS.

Cette dernière condition répond à l'objectif, pour le rapporteur de l'Assemblée nationale, de « **mieux articuler le dispositif proposé avec les communautés professionnelles territoriales de santé, qui sont au cœur de l'ambition du Gouvernement de renforcer et de mieux structurer l'offre de soins dans les territoires** ».

Ces évolutions conduisent à positionner les PASI, selon l'auteur de l'initiative, comme « une réponse ambulatoire » à la prise en charge des soins non programmés, même si les structures hospitalières pourront les héberger, notamment les hôpitaux de proximité.

III – La position de la commission : soutenir une initiative souple pour s'adapter aux besoins des territoires

▪ L'intérêt des PASI : renforcer la visibilité de structures existantes

La labellisation de PASI représente pour plusieurs acteurs une initiative bienvenue afin de **rendre identifiables des structures qui, pour certaines, existent d'ores et déjà**, par exemple dans des établissements, maisons ou centres de santé.

Des « centres de soins non programmés » ont pu résulter de la transformation de services d'urgence, soumis à des exigences lourdes (obligation de présence d'urgentistes et de fonctionnement 24h/24) sans que cela ne corresponde aux besoins avérés des patients qui s'y présentent. D'autres initiatives similaires sont portées par des professionnels libéraux. L'initiative apporte à ces structures une **reconnaissance** attendue, qui devra s'accompagner de financements dédiés pour soutenir leur mise en place et leur fonctionnement (secrétariat, temps de coordination, locaux...).

La proposition de loi permet, en outre, de **rendre ces structures aisément identifiables** par les patients, en y apposant une signalétique.

Cependant, l'introduction, le cas échéant, d'une « croix orange » dans le paysage sanitaire devra s'accompagner d'une **communication grand public** qui fait aujourd'hui défaut afin de prévenir tout risque de confusion pour les usagers du système de santé.

▪ Une démarche qui doit impérativement s'inscrire en cohérence avec le projet de santé du territoire

La proposition de loi soulève des interrogations voire des réserves qui sont importantes à prendre en compte pour assurer la réussite de l'initiative et l'adhésion des acteurs.

Un *premier écueil* serait de véhiculer une approche **consumentiste** du soin. La nécessité d'une **régulation** a été évoquée par plusieurs interlocuteurs pour éviter un effet d'« appel d'air » et assurer la pertinence des prises en charge.

Un *second écueil* serait de **déstabiliser l'organisation** de la prise en charge des soins non programmés **mise en place par les acteurs de santé du territoire**, en premier lieu les médecins généralistes, en allant en outre à rebours du parcours de soins coordonné. De manière unanime, l'intégration des PASI à l'organisation territoriale apparaît impérative afin d'éviter qu'ils ne constituent une « structure en plus » déconnectée des autres acteurs.

Pour la rapporteure, **le cadre offert par la proposition de loi est suffisamment souple pour ne pas imposer un schéma unique**. Les évolutions apportées au texte par l'Assemblée nationale ont par ailleurs eu pour objectif de marquer la nécessaire articulation des PASI avec les autres acteurs du territoire, en particulier les CPTS qui forment le niveau pertinent d'organisation des soins non programmés au niveau d'un territoire. Il sera essentiel que le cahier des charges national sur lequel reposera la labellisation permette d'assurer la plasticité du modèle des PASI d'un territoire à l'autre **sans imposer un carcan réglementaire** qui serait dissuasif pour les porteurs de projets.

Enfin, cette initiative, loin d'être une fin en soi, doit **s'inscrire dans un faisceau de mesures** pour accompagner les professionnels de santé, notamment dans les zones sous-dotées, à répondre efficacement aux besoins des patients.

Sur la base de ces observations, **la commission a adopté des amendements de sa rapporteure visant à prévenir des écueils relevés**. Ils ont pour objectif de :

- souligner la nécessaire **complémentarité des PASI avec l'offre de soins présente au niveau d'un territoire, afin d'éviter tout effet de concurrence** entre les acteurs de santé et préciser leur articulation avec le parcours de santé ;
- **sortir d'une approche médico-centrée** et valoriser le rôle essentiel que pourront jouer les professionnels de santé non médecins, notamment les infirmiers, dans ces structures ;
- **mettre en avant l'initiative première des acteurs du territoire** dans la démarche de labellisation d'un PASI, qui ne saurait reposer sur la seule initiative de l'ARS.

La commission des affaires sociales a adopté cette proposition de loi ainsi modifiée.

Celle-ci sera examinée en séance publique le jeudi 4 juin 2020.



Commission des affaires sociales
<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>
15 rue de Vaugirard – 75291 Paris Cedex 06
01 42 34 20 84 – contact.sociales@senat.fr

Élisabeth Doineau
Sénatrice de la Mayenne
(Groupe Union Centriste)



Le présent document et le rapport complet n° 461 (2019-2020)
sont disponibles sur le site du sénat : <https://www.senat.fr/rap/I19-461/I19-461.html>