



Conférence Nationale
des URPS Médecins Libéraux

Les réponses des Médecins Libéraux à l'engorgement des Services d'Urgences

Sommaire

<u>AVANT-PROPOS</u>	3
<u>I. LE DIAGNOSTIC POSÉ PAR LES MÉDECINS LIBÉRAUX. LES FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ENGORGEMENT IMMAÎTRISÉ DES SERVICES D'URGENCES</u>	4
<u>II. LES PRINCIPALES MESURES PRÉSENTÉES PAR MME LA MINISTRE ET L'ANALYSE CRITIQUE DE CHACUNE D'ENTRE ELLES</u>	11
<u>III. LES PROPOSITIONS FAITES PAR LES PRÉSIDENTS DES URPS-ML RÉUNIS AU SEIN DE LA CN URPS-ML ET DE NATURE À RÉDUIRE DE MANIÈRE SIGNIFICATIVE L'ENGORGEMENT DES URGENCES</u>	18
<u>IV. CONCLUSION</u>	25

Osons innover ! Osons réformer en profondeur ! Osons agir !

Avant-propos

Si en France, les services d'urgences accueillent 24 millions de patients par an, la médecine générale réalise quant à elle 300 millions d'actes annuels.

Celle-ci représente en conséquence, la première offre de soins du pays mais en dépit de cette réalité, elle n'est jamais associée aux réflexions stratégiques portant sur les politiques de santé.

Une consultation par jour chez chaque généraliste suffirait à désengorger les urgences !

À l'échelon national, régional ou local, toutes les études concordent.

La redistribution de l'ensemble de l'activité des services d'urgences hospitaliers sur la médecine générale libérale reviendrait à demander à chaque médecin généraliste libéral d'augmenter son activité quotidienne, au maximum d'un acte par jour !

Bien évidemment, parmi les patients accueillis dans les services d'urgences, une partie justifie pleinement le recours aux plateaux techniques hospitaliers et aux compétences de nos confrères urgentistes, dont nous tenons à saluer le professionnalisme et le dévouement.

Les études démontrent cependant qu'une grande partie de ces mêmes patients sont classés en CCMU 1 et 2 (patients stables) et pourraient tout à fait être pris en charge par la médecine libérale.

Les situations de crise dans les services d'urgences se succèdent et vont s'amplifiant au fil des années.

Elles font l'objet actuellement d'une forte médiatisation et elles ont conduit la ministre de la Santé à arrêter un ensemble de mesures pour tenter d'y mettre fin, regroupées dans le **"Pacte de Refondation des Urgences"**.

C'est l'occasion pour nous, médecins libéraux :

1° de produire notre propre diagnostic sur les raisons qui ont conduit à cet afflux immaîtrisé aux services d'urgences ;

2° de reprendre les principales mesures annoncées par la ministre, en procédant à une analyse critique de chacune d'entre elles ;

3° et enfin, de formuler des propositions qui s'appuient sur notre expérience ainsi que sur notre connaissance du système de soins et qui, prises globalement, seront de nature à réduire significativement l'engorgement croissant des urgences.

I. Le diagnostic posé par les médecins libéraux. Les facteurs explicatifs de l'engorgement immaîtrisé des services d'urgences

1° Une progression constante du passage aux urgences depuis 20 ans

Le nombre de consultations aux urgences progresse d'environ 3,5% par an et ce, de façon continue depuis 20 ans.

En valeur absolue, le nombre de consultations a atteint **en 2017, le chiffre de 21,4 millions de passages enregistrés.**

D'après une étude (non publiée) de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) et citée dans la presse française, la fréquentation des urgences a cru de 14% entre 2013 et 2018, confirmant ainsi l'ampleur de la progression des passages.

En comparaison, **la médecine générale réalise pour sa part près de 300 millions d'actes/an.**

Elle effectue notamment 98% des actes de soins en cas d'épidémie de grippe.

2° Un recours largement inapproprié au système de soins.

Conséquence d'une démographie médicale en baisse constante, le manque de disponibilité médicale touche tous les secteurs, qu'ils soient libéral, hospitalier, relevant de la médecine du travail ou de la PMI.

Cette situation est aggravée pour les demandes de **soins non programmés** ; les plannings de consultation des médecins étant de plus en plus remplis à l'avance par les soins programmés.

Autre constatation flagrante : **la désorganisation manifeste du système de soins** conduit à un recours inapproprié aux services d'urgences.

Un pourcentage de plus en plus important des demandes de soins ne s'oriente plus spontanément – ou n'est plus orienté par le système lui-même – vers l'effecteur de soins le plus adapté à la situation.

Parallèlement, la population manque d'informations et d'un mode d'emploi clair en cas de demande ou besoin de soins non programmés.

On ne peut que déplorer l'inexistence de toute campagne nationale d'envergure sur le sujet et l'absence de décision politique sur la question des numéros d'appels nationaux d'urgence.

La saturation du corps médical en raison des tâches administratives est également un élément à prendre en considération ; chronophages, inutiles, inadaptées, redondantes, ces tâches amputent la disponibilité des praticiens pour le soin.

3° Un budget non maîtrisé et en croissance exponentielle.

Entre budgets alloués et activité réalisée, les services d'urgences ne parviennent pas à se libérer du "nœud gordien" financier qui les enserre.

D'autant plus que les urgences sont devenues les plaques tournantes des hôpitaux, en gérant notamment une grande part des admissions hospitalières, ce qui ne fait pas partie *stricto sensu* de leurs missions.

Mais, dans le même temps, un rapport de la **Cour des Comptes de février 2019** précise que l'effort financier à destination des services d'urgences a été porté à **3,462 milliards d'euros en 2018**, « **toutes dotations confondues** », soit **une augmentation de 16 % entre 2013 et 2018**.

De fait, les services hospitaliers d'urgence sont devenus un véritable « Tonneau des Danaïdes ».

Sans compter la croissance des effectifs sur la même période des infirmiers (+16%), des aides-soignants (+14%) et des médecins (+9%).

4° Une confiscation de l'activité par les hôpitaux en raison du mode de financement, au détriment de la médecine de ville

Il est patent, comme le souligne ce même rapport, que « *les dispositifs encouragés par les pouvoirs publics au cours des dernières années en faveur d'une offre de soins non programmés en ville, se sont révélés en partie décevants* ».

Les constats des professionnels de santé de terrain qui ont expérimenté depuis plusieurs années différents types de solutions (notamment les Maisons Médicales de Garde adossées aux urgences dans plusieurs régions) font apparaître à chaque fois que l'échec de toutes les solutions organisationnelles proposées, qui visaient à permettre le transfert des patients de l'hôpital vers la ville, résulte principalement du mode de financement des hôpitaux.

Les effets pervers induits de leur mode de financement (la T2A) les incitent à vouloir impérativement conserver une forte activité.

La Cour des Comptes le confirmait en substance dans son rapport du 7 février 2019 :

« [...] la Cour constate que les améliorations organisationnelles mises en œuvre depuis 2014 à l'hôpital n'ont pas porté tous leurs effets, **faute d'un partage des tâches avec la ville permettant de réaliser un véritable virage ambulatoire.**

Malgré des avancées en termes de recueil des données et d'organisation des services, les urgences demeurent trop sollicitées, entraînant de fréquentes situations de tension dans les établissements.

La tarification est demeurée complexe et peu propice à un report des prises en charge hospitalières vers une médecine de ville insuffisamment outillée pour les accueillir.
[...]

Dans le cadre actuel du financement des structures d'urgences, la croissance du nombre de passages permet aux établissements de dynamiser leurs recettes alors que le report d'une partie des passages évitables sur la médecine de ville, porteur d'économies pour l'assurance maladie, est financièrement pénalisant pour eux. En effet, la tarification au forfait opère une péréquation entre les cas légers, qui sont « sur-financés », et les cas lourds, qui sont « sous-financés ».

Un exemple cité par la Cour à l'appui de ce constat.

La Cour des Comptes a pris comme exemple, **l'Hôpital Universitaire Robert Debré** en chiffrant l'impact financier qui résulterait du transfert des passages aux urgences vers la médecine de ville, en l'occurrence une MSP partenaire.

Elle a évalué à **2,3 M € la perte de ressources liée au transfert vers la médecine de ville de 20 000 passages annuels** ; alors que l'hôpital en question devra toujours assurer la prise en charge des cas lourds, qui à eux seuls ne permettent pas de compenser le "manque à gagner".

Le député Thomas Mesnier dans un article du Parisien du 16/10/2019 précisait :

« ...le système actuel pousse les services d'urgences à la consommation et particulièrement à prendre en charge des patients légers nécessitant 3 minutes de soins mais qui rapporteront 200 €. Des patients qui devraient être accueillis en ville. Rien n'incite la médecine d'urgence à organiser une filière des soins avec les médecins de ville. »

5° Le recours aux urgences : une commodité et une supposée garantie pour les patients

Il est avéré que certains passages aux urgences procèdent de la **commodité**, de **difficultés d'accès** ou encore d'une **absence d'orientation vers des solutions alternatives**.

Sans préjuger du motif médical qui motive la consultation, la situation d'urgence (ressentie ou réelle), doublée de la volonté d'obtenir une réponse médicale dans un délai resserré, conduit les patients à privilégier les services d'accueil des Urgences.

Ces derniers présentent **l'avantage d'offrir une réponse complète (examen médical et réalisation immédiate des examens complémentaires) et ressentie comme plus rassurante par les patients**, que les alternatives proposées, et dans un délai perçu par eux comme acceptable (bien que peu « rapide »).

À l'inverse, ils présentent l'inconvénient **d'être beaucoup plus coûteux pour la collectivité** et d'entraîner des examens complémentaires qui ne sont pas toujours nécessaires ou qui pourraient être pratiqués secondairement en ville.

6° Un ensemble d'autres facteurs complémentaires qui contribue à cet engorgement croissant

- **Le contexte social général**

Au-delà de problématiques organisationnelles "stricto sensu", " l'urgence sociale " rend plus complexe la mise en œuvre de solutions de désengorgement des urgences. Précarité, handicaps non pris en charge, isolement, barrière de la langue,... sont autant d'éléments qui conduisent à une prise charge hautement consommatrice de temps sur un périmètre « hors soins »

- **La gratuité des soins dans les Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU)**

Même si ce n'est pas la première raison qui conduit les patients à se rendre aux urgences, il n'en demeure pas moins que pour certains patients, la dispense d'avance des frais est un élément déterminant.

- **La suppression de la possibilité d'adressage direct dans les services aux médecins qui souhaitent hospitaliser leurs patients**

L'adressage direct des patients dans les services hospitaliers est devenu quasiment impossible et contribue ainsi également à des passages nombreux et inappropriés.

La demande d'admission directe est systématiquement réadressée sur le service des urgences. Les dispositifs d'admissions directes ont été clairement identifiés comme une solution mais n'ont pas été activement déployés.

7° L'absence totale d'information et de pédagogie sur le bon usage du système de soins.

De nombreuses **campagnes « grand public »** ont été réalisées afin d'inciter les patients à composer le 15 : AVC, douleur thoracique ...

Ces campagnes ont eu des effets d'amplification des appels vers les centres 15, notamment en journée, avec pour conséquence un accroissement de l'adressage des patients vers les urgences et un engorgement de la régulation hospitalière en journée.

À ce jour, aucune campagne d'envergure n'a été menée sur le bon usage des urgences, notamment à l'occasion de l'inscription dans la **loi et le décret** (2016-1012 du 22 juillet 2016) d'un numéro national de Permanence Des Soins en Ambulatoire (PDSA) : le **116 117**.

8° Une démographie médicale déclinante qui n'a pas permis la mise en place d'organisations structurées de prise en charge des Soins Non Programmés (SNP)

Si les médecins de ville, dans leur ensemble, prennent en charge leurs "soins non programmés", on observe néanmoins, notamment sur les territoires en situation démographique fragile, de plus en plus de patients qui n'ont plus de médecin traitant.

Ainsi, dans certaines régions et certains SAU, on constate que de plus en plus **de patients se dirigent vers les urgences, faute d'accès à un médecin traitant.**

Par ailleurs, de plus en plus de cabinets travaillent « sur RDV » et les plannings de consultations ont tendance à être saturés par les patients suivis pour une pathologie chronique.

Il devient à cet égard difficile d'obtenir une consultation rapide, au moins dans les 24 h, alors que ces mêmes patients considèrent à tort ou à raison que leur problème de santé nécessite des soins sans délai et se dirigent en conséquence spontanément vers les services d'urgences.

9° Une régulation libérale qui n'est pas toujours en capacité d'apporter une réponse ressentie comme satisfaisante par la population

La régulation libérale existe essentiellement aux horaires de PDSA et dans un certain nombre de départements, en journée.

L'analyse du niveau de gravité de la situation médicale du patient par le médecin régulateur conduit à proposer assez souvent un conseil médical associé plus ou moins à la consigne de consulter son médecin traitant dans un délai de 24 à 72 heures.

Cette proposition n'est pas toujours jugée satisfaisante par les patients qui ne sont pas assurés d'obtenir si nécessaire un RDV auprès de leur médecin traitant. Par ailleurs, les médecins régulateurs doivent composer suivant les territoires, avec l'absence de réponse organisée des médecins effecteurs, ce qui dégrade la qualité de la réponse apportée aux patients.

Ces derniers n'en sont pas dupes et préfèrent, dans certains cas, contourner la régulation médicale et se rendre directement aux urgences.

On peut faire le constat aujourd'hui qu'une réponse de médecin effecteur organisée collectivement par la communauté professionnelle se justifie aussi bien sur les horaires de la PDSA qu'en journée.

Les visites restent nécessaires dans certaines situations particulières et de nouveaux modes de prise en charge, telles que les téléconsultations par exemple, doivent également être développées pour répondre à d'autres cas de figure.

10° Un flux sortant de « patients » insuffisant

Pour les services hospitaliers, le "flux d'aval" des services d'urgences constitue un véritable problème.

À les croire, « **le principal problème n'est pas d'empêcher les patients de venir aux urgences, mais de réussir à les en faire sortir !** »

La solution n'est toutefois pas forcément dans l'inflation des moyens d'aval mais dans la régulation des flux d'amont ; car c'est bien "**l'amont**" **qu'il convient de traiter en priorité**.

L'enjeu de la prise en charge en aval des urgences est double : il s'agit non seulement d'assurer le désengorgement des urgences, mais également de garantir immédiatement le bon aiguillage des patients vers la structure spécialisée adéquate, de manière à éviter le retour aux urgences et les hospitalisations multiples.

La gériatrie en est une illustration parfaite.

Un patient âgé qui demeure plusieurs jours dans un service d'urgences sans possibilité d'être adressé rapidement dans un service adapté en aval, a plus de risques de faire des complications et d'être réhospitalisé à court terme, compte tenu d'une prise en charge inadaptée et qui se traduit par une perte d'autonomie, des perturbations psychiques, des dégradations liées à l'alitement prolongé, etc.

Il convient de rappeler qu'en 2013, le **Pr Carli** constatait déjà dans son rapport consacré à l'aval des urgences, que « **la saturation des urgences est avant tout un problème de l'établissement de santé. Elle est le plus souvent la conséquence et non la cause d'un défaut d'organisation de l'établissement** ».

Force est de constater que depuis, la situation n'a guère évolué favorablement.

11° Un défaut de réadressage des patients des urgences vers la médecine de ville lié aux risques médico-légaux.

On constate en effet que **l'argument du "risque médico-légal"** derrière lequel on se réfugie pour justifier le non réadressage des patients vers la médecine de ville, est souvent **un alibi pour maintenir un *statu quo*** dans l'organisation des urgences.

L'argument avancé est qu'un service d'urgences ne peut pas prendre le risque de refuser la prise en charge d'un patient qui s'y présente ; alors même que ce risque est assumé en permanence par les médecins régulateurs libéraux lorsque, sur la base d'un simple échange téléphonique, ces derniers expliquent aux patients que l'accès au médecin de garde n'est pas nécessaire en considérant que la pathologie ne le nécessite pas.

La simple mise en place de protocoles, à l'instar des protocoles de régulation médicale, en sus de la réorientation des patients, permettrait la "sécurisation" alléguée.

On constate également que la régulation hospitalière privilégie majoritairement l'orientation des patients vers des établissements publics au détriment d'établissements privés en se fondant sur le préjugé implicite et non avéré, que le patient aura à supporter un « reste à charge ».

Au risque de se répéter, en l'absence d'une **réorganisation ambitieuse, les services d'urgences** continueront à faire face à un nombre toujours croissant de recours non pertinents qui conduiront à parasiter les situations cliniques urgentes.

Il convient de garder à l'esprit que le recours systématique aux Urgences comportera une part croissante de risques cliniques pour les patients et de risques médico-légaux pour les médecins et les hôpitaux.

II. Les principales mesures présentées par Mme la ministre et l'analyse critique de chacune d'entre elles

Alors qu'un mouvement de grève inédit touche depuis plus de 6 mois les services d'urgences du secteur public et qu'il s'est étendu progressivement à près de la moitié des services, la ministre de la Santé dévoilait le 9 septembre 2019 ses propositions (cf. annexe) sous la forme d'« **un Pacte de Refondation des Urgences** ».

Si cette prise de conscience s'avérait indispensable, les mesures annoncées restent cependant très éloignées de la réalité vécue par les différentes parties prenantes et de fait, largement en deçà des attentes de la médecine libérale et de nos concitoyens.

Mesure N° 1 :

"Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français, un "Service d'Accès aux Soins" (SAS)

Si l'idée est louable, compte tenu de tout ce qui a été dit précédemment, il **est impératif cependant d'instaurer d'indispensables « garde-fous »** compte tenu des volumes d'appels que la mise à disposition d'un SAS pourrait entraîner.

En effet, l'appel d'air généré par ce SAS (ouverture du service à toute demande de soins, y compris les demandes de RDV des patients auprès des médecins traitants, des spécialistes...) rend incontournable **la nécessité de créer une filière spécifique « médecine de ville »**, sauf à noyer les urgences vitales qui nécessitent une réponse immédiate au milieu d'un **afflux massif d'appels des patients** et à ajouter ainsi une **couche supplémentaire au « mille-feuille » déjà existant**.

De plus, si on crée un numéro unique, avec un décroché par un premier Assistant de Régulation Médicale (ARM) qui dispatche vers le service jugé adéquat en fonction du type d'appel, que l'appel est ensuite décroché à son tour par l'ARM dudit service avant transfert au régulateur hospitalier et/ou libéral, **le coût de cette organisation sera exorbitant**.

Il le sera d'autant plus que pour garantir un décroché immédiat permanent sur les appels relevant d'une détresse vitale, l'organisation du numéro unique devra être calquée en permanence sur celle des pics d'activité.

Cette organisation risque en outre de créer, après l'engorgement des urgences, l'engorgement des SAS avec le **risque supplémentaire que cette nouvelle organisation des SAS absorbe à elle seule les 340 M € du budget total alloué**.

Ainsi le pragmatisme impose pour le SAS :

- **une filière dédiée à la médecine de ville par un numéro d'appel spécifique directement accessible par la population ;**
- **des ARM dédiés à ce numéro ;**
- **une régulation médicale libérale de ces appels, pouvant notamment s'organiser en régulation délocalisée ;**
- **une gouvernance de ce SAS par une cogestion paritaire (ville/établissement hospitalier) ;**
- **une campagne pédagogique sur le bon usage de ce service qui rappelle que le médecin traitant doit être le premier sollicité.**

La ministre précise par ailleurs dans le texte, que parmi les réponses apportées :

«... Un conseil médical et paramédical, une prise de RDV pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 24 h, une téléconsultation ou une orientation vers un service d'urgences ou de recevoir une ambulance... » (cf. dossier presse)

Elle oublie ainsi de citer la visite en méconnaissant la réalité de terrain que les médecins régulateurs ont à traiter ainsi que les consultations chez les Spécialistes.

En effet, quelques exemples concrets le démontrent :

Un patient au dos bloqué, une personne âgée à domicile dans l'incapacité de se déplacer, un patient de retour d'une intervention en chirurgie ambulatoire orthopédique qui souffre, un certificat de décès, etc... sont autant de situations où le déplacement à domicile est indispensable.

À l'heure où le maintien à domicile est à privilégier et est devenu une priorité de santé publique, il serait contraire à toute logique d'exclure cette modalité de prise en charge.

Il est d'ailleurs absolument indispensable de revaloriser cet acte.

Ces éléments nécessitent des moyens qui ne pourront pas être contenus dans une enveloppe de 340 millions d'euros.

Autre précision figurant dans le texte :

« Ce service devra être territorial et piloté de concert par les acteurs hospitaliers des SAMU et les professionnels libéraux des CPTS... » (cf. dossier de presse)

Le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) est en cours et a pour ambition de couvrir l'ensemble du territoire d'ici à 2022 ; ce qui est loin d'être gagné.

L'une des « missions-socles » des CPTS est de mettre en place sur leurs territoires respectifs une organisation collective apte à garantir une réponse aux DSNP.

On peut noter une certaine redondance avec le SAS et il faudra en conséquence s'assurer à ne pas rajouter une nouvelle couche au « mille-feuille ».

Mais ce n'est là qu'une des « missions-socles ».

Tout projet de CPTS devra prendre des engagements sur l'ensemble des « missions-socles ».

Il sera donc impératif de trouver un cadre plus souple pour permettre aux territoires qui ne sont pas encore en capacité de se projeter sur un projet abouti de CPTS, de pouvoir se structurer pour la prise en charge des SNP, tout en bénéficiant de financements « ad hoc ».

En conséquence, dans leur forme actuelle et à court terme, les CPTS ne peuvent pas constituer l'unique réponse organisationnelle.

Enfin, il faut également prendre en compte que parmi les outils et les éléments nécessaires à l'organisation d'une réponse aux SNP, certains peuvent être mutualisés sur plusieurs CPTS.

Chaque territoire doit en conséquence pouvoir développer de façon souple, des organisations qui tiendront compte à la fois :

- de la démographie du territoire ;
- de l'offre, qu'elle soit en zone rurale ou urbaine avec les associations locales de permanence des soins – sans oublier d'y associer SOS Médecin – qui contribuent largement, notamment en zone urbaine, à la réponse aux SNP et à la PDSA.

Mesure N°2

« ...installer une maison médicale de garde à proximité des plus importants services d'urgences... » (cf. dossier de presse)

Afin de renforcer l'offre de consultations médicales sans RDV en Cabinet, en Maison Médicale de Garde (MMG) et en Centre de Santé.

La Conférence Nationale des URPS-ML (CN URPS-ML) considère que de continuer à inciter les patients à faire le chemin vers l'hôpital est contraire à l'objectif recherché.

Les MMG doivent au contraire être situées au plus près des patients et de plus, réparties de façon homogène en tenant compte de l'offre déjà existante sur les territoires.

À l'inverse de ce qui est préconisé, les **Médecins Libéraux demandent une véritable régulation de l'accès aux urgences** par un réadressage protocolisé des patients vers la médecine de ville, sous la forme d'une mise en lien de ces patients avec le régulateur libéral qui décidera si oui ou non le patient doit passer la porte des Urgences.

On peut ainsi envisager l'installation d'une **ligne téléphonique dédiée** gratuite, à l'entrée des Urgences.

Mesure N°3

« ...permettre au SAMU de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un RDV en libéral... »

Si cette mesure est intéressante dans certaines situations, ce n'est pas aux seuls SAMU qu'il convient de confier cette possibilité mais également aux régulateurs libéraux qui seront à même d'apprécier la justification de ce transport.

« ...systématiser le tiers payant dans le cadre de la garde des médecins libéraux. »

Aux horaires de PDSA, la convention prévoit que le tiers payant est de droit et il est déjà largement appliqué.

Le problème posé concerne le « reste à charge » qui, sur ces plages horaires, peut représenter un montant conséquent pour les patients.

Ainsi, seule une prise en charge solvabilisée par les CPAM ou par tout autre moyen, pourrait être acceptable par les médecins de garde ; par exemple l'exonération du ticket modérateur des actes régulés ou renvoyés d'un SAU par une régulation sur place...

"...Permettre un accès direct à des examens de biologie dans le cadre de consultations sans RDV en libéral... »

On ne comprend pas bien comment l'ensemble des médecins assurant des soins non programmés et des gardes, pourraient en être équipés.

S'il s'agit de réserver ces équipements aux seules MSP et autres Centres de Santé, la proposition ne serait pas acceptable car cela aboutirait à créer une distorsion de concurrence étant donné qu'elle exclurait de facto de ce bénéfice, les médecins de ville qui n'adhéreraient pas à ce type de structure.

Il serait certainement opportun de privilégier (en termes de remboursement des soins) les patients qui respectent le parcours de soin et qui ne débutent pas par un service d'Urgences Hospitalier en première intention, *versus* les patients « hors parcours ».

Seule une équité de traitement entre le parcours de soins en médecine de ville et l'accès aux services d'urgences pour les patients qui arrivent par leurs propres moyens, est acceptable.

Mesure N°4

« ...Offrir aux professionnels qui ne sont pas médecins, des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients... »

Si certaines délégations d'activités peuvent paraître pertinentes à première vue, la CN URPS-ML attire l'attention sur le risque avéré de dégradation de qualité des prises en charge pour les patients.

Considérer qu'une lombalgie puisse être toujours gérée par un masseur-kinésithérapeute est une prise de risque thérapeutique considérable.

La médecine de ville restera très vigilante au risque de développement excessif de ces modes dégradés de soins.

Il appartient d'ailleurs aux syndicats représentatifs de la médecine de ville de se positionner sur chaque proposition de protocole de prise en charge par les « non médecins ».

La CN URPS-ML a ainsi constitué sur ce point particulier, un groupe de travail dédié.

Mesure N°5

" ...Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU"

Si cette mesure a fait ses preuves, elle doit toutefois être déployée aussi bien pour la régulation SAMU (hospitalière) que pour les régulateurs libéraux ; y compris pour ce qui concerne la régulation délocalisée.

Mesure N°6

" ...Réformer le financement des urgences »

C'est probablement la **mesure la plus urgente à mettre en place et le « nœud gordien » du problème** depuis de très nombreuses années.

La plupart des expérimentations mises en place ces dernières années n'ont pas été concluantes, compte tenu que l'hôpital n'avait pas intérêt à diminuer les flux de patients aux urgences. (Cf. plus haut)

Ces expérimentations de MMG « accolées » aux urgences, du fait de la régulation préalable par une Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IAO) se sont avérées des échecs ou des semi-échecs par manque de patients (Marseille, Strasbourg, ...) en raison de la baisse progressive de l'adressage de patients vers ces structures ; l'hôpital considérant que la perte de recettes qui en résultait, le pénalisait.

On constate également des Services d'Urgences sont inquiets de voir se déployer des organisations alternatives aux urgences et dont la maîtrise leur échappe.

En cas de réadressage, la perte de recettes pourrait facilement être compensée par la création de lits dédiés de médecine polyvalente.

Certes, cela ne compense pas le différentiel par rapport à ce que rapporte la T2A des Services d'Urgences mais ces lits sont fortement demandés par la médecine ambulatoire, avec la possibilité d'un accès direct, sans passage par les urgences.

Un projet de ce type va très probablement être expérimenté en Bretagne, à l'hôpital de Quimper.

En effet, l'hôpital du fait du mode de financement par la T2A n'a à ce jour nul intérêt à renvoyer les patients qui se présentent aux services d'urgences et la mise en œuvre de cette réforme mille fois annoncée, prendra nécessairement du temps.

On déplore par ailleurs encore trop souvent, que les établissements privilégient des solutions intra hospitalières : recrutement de médecins généralistes au sein des Urgences, de médecins anciennement libéraux, devenus salariés et subordonnés au directeur du SAMU, MMG accolées et régulées préalablement par les IAO (pour en maîtriser les flux) plutôt que de prendre des mesures radicales pour en limiter l'accès et de réadresser dès lors les patients vers la Médecine de Ville.

En effet, la mise en place de circuits courts aux urgences a été recommandée dès 2016 dans un rapport d'information adressé au Sénat.

Mais aussi séduisante et efficace qu'elle paraissait, cette mesure a été considérée par les sénateurs comme étant de « nature à créer un appel d'air dans des services d'urgences déjà débordés ».

Mesure N°7

« ...Expérimenter un forfait d'organisation de parcours pour désengorger les urgences... »

Il est inacceptable qu'on envisage de rémunérer les établissements qui réadresseraient les patients vers la médecine de ville, sans prévoir parallèlement une valorisation des actes de SNP pour les médecins qui accepteront de bousculer leurs agendas pour prendre en charge ces mêmes patients.

Cette option, si elle devait être retenue, serait considérée comme une mesure particulièrement choquante et injuste et une fois encore, illustrerait cette incapacité à traiter le problème à la racine.

De plus, si la réforme du financement des services d'urgences n'entre en vigueur qu'en 2021, cela signifie de facto que d'ici là on continuera de financer un système pervers par essence.

Et qu'en conséquence, cela n'incitera évidemment pas les hôpitaux à privilégier les solutions alternatives libérales.

III. Les propositions faites par les présidents des URPS-ML réunis au sein de la CN URPS-ML et de nature à réduire de manière significative l'engorgement des urgences.

La Conférence Nationale des URPS-ML considère que le patient est un acteur de son propre parcours de soin et constate avec regrets que les patients ne sont associés à aucune mise en œuvre de ces mesures...

Désengorger les Urgences nécessite de développer des alternatives aux Urgences Hospitalières, de réorganiser les services d'Urgences à l'hôpital et de réformer les modalités de financement des actes d'urgences de chacun des acteurs, libéraux et établissements hospitaliers.

La Conférence Nationale des URPS-ML demande que les propositions qu'elle formule soient pleinement prises en compte par le président du Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH) Pierre Carli et par le député Thomas Mesnier (LREM, Charente) missionné pour l'amélioration de la situation dans les services d'urgences.

Il n'est pas acceptable de laisser penser que la solution miracle pour désengorger les urgences consisterait simplement :

- **à s'appuyer davantage sur la médecine de ville sans avoir à financer sa réorganisation collective, notamment en journée, pour qu'elle se mette en capacité de garantir une réponse aux DSNP, proportionnelle aux besoins identifiés.**
- **à allouer 750 millions quasi exclusivement aux acteurs hospitaliers** pour financer diverses mesures qui conduiraient à la réorientation de patients déjà aux urgences et **à créer un SAS « hospitalo-centré » au coût exorbitant** et qui de surcroît ne répondrait pas au besoin fondamental qui est, on le rappelle, de promouvoir et d'organiser des solutions alternatives aux Urgences.

Proposition N°1

Créer une filière de Prise en Charge (PEC) par la médecine de ville des SNP/PDSA identifiée par un numéro d'appel dédié : le 116 117 et en informer massivement la population

1° Pour changer fondamentalement les comportements de recours aux urgences (70% des patients qui se rendent aux urgences n'ont appelé personne avant ; ni leur médecin traitant, ni le 15, ni SOS Médecin là où cette structure existe, ni le numéro du médecin de garde), il faut impérativement :

- **Subordonner le recours aux urgences à un avis médical préalable**

- **Mener une campagne nationale de grande envergure.** Les patients sont incontestablement aujourd'hui prêts à l'entendre ; par exemple sur le modèle choc de la campagne sur l'alcool au volant qui a marqué les esprits
- **Privilégier le vecteur du 116 117** pour réaliser des campagnes d'information pédagogiques.
C'est un numéro facilement mémorisable et d'ores et déjà inscrit dans la loi et promulgué par le décret du 22 juillet 2016
- **Insister sur l'existence d'alternatives aux Services d'Urgences** telles que les Maisons Médicales de Garde, les organisations portées par des CPTS ou toute autre possibilité qui doit être connue du grand public et organiser le lien entre ces structures et le 116-117
- **Faciliter et privilégier l'accès au médecin traitant dans le respect du parcours**
- **Organiser quand les cas le nécessitent, l'accès aux médecins spécialistes**
- Et surtout, **informer le public qui se rend aujourd'hui aux urgences, de l'existence d'un dispositif de permanence des soins sur leur territoire**

2° Pour éduquer la population à la bonne utilisation du système de soins.

- **Informé et au plus tôt**, et ceci dès l'enfance (dans les écoles, les collèges, les lycées) des modalités de recours aux urgences avec un slogan du type : « Les Urgences : ce n'est pas automatique »
- **S'appuyer sur l'ensemble des vecteurs de communication disponibles** : écoles, PMI, service civique, services sociaux, etc...

3° Faire confiance à l'intelligence et au bon sens de nos concitoyens.

- Une information pertinente et transparente est toujours entendue. C'est ce que les professionnels de santé libéraux constatent au quotidien.

Proposition N°2

S'appuyer impérativement sur une Régulation Médicale Libérale des appels qui permet l'évaluation du degré d'urgence

Pour réduire l'engorgement des Urgences, l'évaluation du degré d'urgence des patients doit s'effectuer en amont des services d'urgences et surtout, elle doit permettre :

- **d'orienter correctement les patients ;**
- **d'éliminer toute suspicion de pathologie plus grave ;**
- **d'adresser les patients vers une PEC en ville, si le conseil médical ne suffit pas ;**
- et le cas échéant les adresser aux **Urgences, sur des critères médicalement justifiés**

Les régulateurs hospitaliers reconnaissent unanimement que la régulation des appels relevant des pathologies de ville n'est pas leur cœur de métier.

L'approche du patient, de sa pathologie, n'est pas la même et la délivrance de conseils médicaux de médecine générale relève du **métier de médecin généraliste**.

Afin de déployer la régulation libérale de jour sur l'ensemble du territoire, il est indispensable de **généraliser la régulation « délocalisée » c'est-à-dire hors site du CRRRA** (Centre de Réception et de Régulation des Appels

Cette régulation délocalisée a déjà fait ses preuves dans de nombreux départements, et a permis ainsi un recrutement plus large de médecins participants. En effet, les distances entre le centre de régulation et les médecins sur les territoires sont un frein à la participation de nombre d'entre eux à la régulation.

Mais il faut en corollaire, que les régulations libérales aient la maîtrise des outils de régulation qu'elles utilisent. Il n'est plus acceptable qu'elles se voient le plus souvent imposer des outils construits pour l'Aide Médicale d'Urgence (AMU), alors que des alternatives pleinement adaptées à la régulation libérale existent et ont fait leurs preuves dans certains départements.

Cela nécessite une interopérabilité entre les systèmes d'information du SAMU et les SI tiers, afin que si nécessaire, les dossiers de régulation puissent être transmis d'un SI à l'autre.

Des moyens devront évidemment être dégagés à cet effet.

Proposition N° 3

Déployer la possibilité de recours aux « Téléconsultations » et/ou « Télé expertises » afin d'élargir le panel des offres de PEC des SNP par la médecine de ville

L'avenant 6 de la Convention Médicale prévoit la rémunération des **actes de Télémédecine**.

C'est par ce biais que certains patients dans l'incapacité de se déplacer, pourront être pris en charge, notamment dans les EHPAD.

On devra s'appuyer sur ces nouvelles technologies pour répondre aux demandes ne pouvant être satisfaites de façon classique (consultation ou visite), soit du fait de l'éloignement, soit du fait de l'absence de ressources sur le territoire concerné.

Il convient également de ne pas oublier le Télé-**suivi** qui est un outil de prévention qui permet d'éviter beaucoup d'hospitalisation (ex « Cardiauvergne » dans la région AURA). Il est à ce titre indispensable que le « Télé-suivi » puisse être rémunéré en tant que tel.

Et c'est en relation avec la médecine de ville qu'il faudra impérativement organiser ces prises en charge par **"téléconsultations"** ; téléconsultations qui entrent dans le champ des organisations territoriales.

En effet, développer la télémédecine au sein même des SAMU, effectuée par les médecins hospitaliers seuls, serait extrêmement chronophage et ne répondrait pas à la réorientation nécessaire des patients dans le parcours de soins et la prise en charge de proximité.

Pour être en capacité de la réaliser, **les cabinets médicaux devront être équipés d'outils de Télémédecine et les médecins formés et sensibilisés à ces nouveaux modes de prise en charge.**

La CN URPS-ML recommande dès lors, dans un premier temps, de développer au minimum l'usage des Téléconsultations et idéalement d'objets connectés permettant de vérifier certaines constantes médicales.

Proposition N° 4

Mettre en place un dispositif d'admission hospitalière réservé aux médecins libéraux

Un « bed management » évaluant en temps réel les capacités en lits, en lien avec les médecins libéraux, permettrait d'adresser les patients directement dans les services et de fixer en commun le délai de prise en charge.

Proposition N°5

S'appuyer sur les organisations « d'amont » mises en place par la médecine de ville

Ce point est fondamental et doit même préexister au déploiement du SAS, car si les appels pris en charge par le SAS et nécessitant un examen médical ne débouchent sur aucune solution alternative aux services d'urgences, il y a fort à parier que la population contournera rapidement le SAS et se rendront en conséquence aux urgences.

Il est déjà communément admis que les patients relevant de la catégorie CCMU 1 devraient être réorientés vers la médecine de ville.

Le patient classifié CCMU 2 pourrait également être pris en charge par la médecine de ville si on donne aux médecins libéraux les moyens nécessaires pour réaliser des actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques dans un temps restreint.

Sans prétendre à l'exhaustivité dans cette note, la CN URPS-ML a décidé d'être force de proposition sur des cas d'usage et des solutions concrètes.

Comme précisé dans l'avant-propos, les solutions passent donc obligatoirement par une organisation collective des professionnels de santé libéraux à l'échelle d'un territoire, de façon à répartir les contraintes organisationnelles des 64 heures hebdomadaires à couvrir (8 h/20 h du lundi au vendredi et le samedi matin).

Une telle solution nécessite un **"pilotage" par l'ensemble des Professionnels de Santé Libéraux d'un territoire.**

Par exemple, à l'échelon départemental, notamment au sein des CPTS qui peuvent ainsi mutualiser leurs moyens pour cette mission.

Cela nécessite en outre **la mise à disposition "d'outils supports"**, tels que du secrétariat téléphonique mutualisé, des outils de planning en ligne partagés ou d'autres Système d'Information (SI) permettant de solliciter la « communauté métier » des médecins en capacité de prendre en charge des SNP.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de santé (CPTS) offrent un cadre adapté à ces organisations.

Les CPTS sont actuellement en cours de déploiement mais le territoire ne sera pas couvert en juillet 2020. Cela implique que dans l'intervalle toute organisation territoriale expérimentale bénéficie de financements "ad hoc".

Ainsi, sans préjuger de la création de filières aiguës dans les établissements de santé, **les solutions visant à favoriser l'admission directe des personnes âgées** dans ces services à partir de la médecine de ville, sans passer par les urgences et d'un retour précoce à domicile dans le cadre d'un suivi à domicile, **devront nécessairement être construites en partenariat avec la médecine libérale.**

Les CPTS, les ESP, et toute autre forme de coordination des acteurs ont pour objectif d'améliorer les prises en charge et d'éviter les réhospitalisations inutiles.

Les passages aux urgences et les hospitalisations sont reconnus comme étant une source d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées.

La priorité est donc de les éviter par une meilleure prise en charge à domicile ainsi qu'en EHPAD et cela doit impérativement faire partie des missions des CPTS.

S'appuyer sur les organisations « d'amont » mises en place par la médecine de ville.

Proposition N° 6

Faire évoluer les modes de rémunération des médecins libéraux pour contribuer efficacement au désengorgement des urgences

Dans son rapport de 2014, la **Cour des Comptes** avait établi qu'« *une réorientation éventuellement possible de l'ordre de 3,6 millions de passages annuels vers une prise en charge en ville* », **aurait pour conséquence une économie potentielle de 500 millions d'euros.**

Sur la base de constat, **des moyens devront être donnés à la médecine de ville** pour permettre d'atteindre ces objectifs.

1° Majorer impérativement l'acte de SNP aux médecins libéraux qui s'engagent à prendre en charge des SNP après régulation médicale.

Il n'est pas envisageable de demander aux médecins de bousculer leurs agendas, d'intercaler un patient qu'ils ne connaissent pas, d'effectuer le cas échéant une visite pour une personne âgée en fin de consultation, si un tel acte n'est pas substantiellement majoré.

Alors même que le Plan de Refondation des Urgences prévoit expérimentalement de rétribuer les services hospitaliers lorsqu'ils réadressent un patient vers la médecine de ville (cf. Pacte de Refondation des Urgences), rien de tel n'est prévu pour les libéraux.

Sans cette revalorisation de l'acte, ces derniers n'accepteront pas de s'engager davantage et de travailler encore plus, sachant que le temps de travail hebdomadaire d'un généraliste, hors tâches administratives périphériques, est déjà en moyenne de 54 heures.

Le refus par l'Assurance maladie que la MTR soit appliquée dans le cadre d'organisations territoriales comme les CPTS (tel que le prévoit d'ailleurs la convention) par tous les médecins impliqués dans ces organisations est vécue par les médecins libéraux comme une marque de défiance.

Par ailleurs, tous les actes devraient bénéficier du « tiers payant » intégral, solvabilisé par l'exonération du ticket modérateur (à l'instar des actes en ALD). Seule une telle mesure permettrait de rétablir l'équilibre avec l'Hôpital dans lequel les soins sont gratuits ce qui pousse à la consommation.

2° Instituer une rémunération par astreinte dans le cadre des organisations des CPTS

Certaines CPTS projettent de mettre en place des dispositifs d'agendas partagés et demanderont à cet effet à leurs confrères de libérer en amont des plages.

Le financement des CPTS tel que prévu par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) s'avère absolument insuffisant pour compenser la perte éventuelle de ces plages qui pourraient ne pas être comblées.

Par ailleurs, libérer des plages pour les SNP implique un allongement du temps de travail des médecins.

Une rémunération sous la forme d'une astreinte horaire par heure libérée serait de nature à inciter les médecins à prendre en charge ces SNP.

Proposition N° 7

Élargir les horaires de PDSA au samedi matin

La société a évolué et depuis l'instauration des 35 heures, la plupart des patients considèrent que le week-end commence le vendredi soir.

Il en est de même pour les médecins.

Les cabinets libéraux pour beaucoup d'entre eux sont fermés le samedi matin ; les jeunes médecins préservant leur vie personnelle après une semaine déjà largement remplie.

De plus, les statistiques communiquées par les CRRA démontrent que le samedi matin est devenu quasiment aussi chargé que le dimanche matin en volume d'appels.

Il est en conséquence urgent que le samedi matin soit à son tour, enfin reconnu comme horaire de PDSA. Cela nécessitera le recrutement des médecins régulateurs et d'organiser la PDSA afin de disposer de médecins de garde pour répondre aux demandes.

Il apparaît également indispensable de **reconnaître l'activité de service public effectuée par de nombreux spécialistes** dans le cadre de la PDS ES des établissements privés habilités à recevoir des urgences, samedi matin compris.

Proposition N°8

Attribuer une compensation financière aux hôpitaux, lorsque leurs Services d'Urgences s'efforcent de réorienter vers la ville les patients ne nécessitant qu'une consultation simple.

Cette piste est à expérimenter en attendant la réforme de la T2A dans le but d'amorcer ce « cercle vertueux ».

IV. CONCLUSION

La Conférence Nationale des URPS-ML (CN URPS-ML) regroupe en son sein les 17 URPS-ML.

Une de ses missions est de

- partager les problématiques auxquelles chacune d'entre elles est confrontée dans la mise en œuvre des projets régionaux de santé,
- de réfléchir ensemble aux solutions à apporter
- et d'identifier les freins ou les leviers qui permettent de mettre en œuvre les meilleures solutions.

Dans leurs régions respectives, les URPS-ML sont confrontées aux réalités du terrain, sont en lien direct avec leurs Agences Régionales de Santé respectives et à ce titre, ont toute légitimité à poser un diagnostic, à émettre un avis, et à proposer des solutions pragmatiques compte tenu de leur connaissance précise de chacun des territoires.

Vouloir imposer, pour prendre en charge les SNP, un modèle unique, contraint, n'est pas la bonne solution. Les CPTS ne peuvent pas constituer à court terme le seul cadre d'organisation d'un territoire pour la réponse aux DSNP.

Ainsi, elles donnent la préférence à la mise en place de dispositifs souples adaptés aux besoins de chaque territoire et qui prennent en compte leur spécificité.

Des modèles de prise en charge des soins non programmés (SNP) sont d'ores et déjà expérimentés ou déjà en projet dans certaines régions : AURA, Bretagne, Grand-Est, Martinique, Normandie, Occitanie.

La CN URPS-ML rappelle néanmoins que les pouvoirs publics doivent mener une politique courageuse, volontariste, seule à même de changer les comportements de la population.

Si la médecine de ville est un levier essentiel, comme le dit la ministre de la Santé, dans le « virage ambulatoire » qui s'impose du fait de la crise majeure que rencontrent actuellement les services d'urgences, encore faut-il lui donner les moyens et valoriser son action.

Les propositions structurelles formulées dans le présent document sont, du point de vue de la CN URPS-ML, de nature à contribuer efficacement au désengorgement des urgences.

ANNEXES

Annexe 1

Les propositions de la CN URPS-ML (CN URPS-ML)

Proposition N°1

Créer une filière de Prise en Charge (PEC) par la médecine de ville des SNP/PDSA identifiée par un numéro d'appel dédié : le 116 117 et en informer massivement la population

Proposition N°2

S'appuyer impérativement sur une Régulation Médicale Libérale des appels qui permet l'évaluation du degré d'urgence

Proposition N° 3

Déployer la possibilité de recours aux Téléconsultations et/ou Téléexpertises afin d'élargir le panel des offres de PEC des SNP par la médecine de ville

Proposition N°4

Mettre en place un dispositif d'admission hospitalière réservé aux médecins libéraux

Proposition N° 5

S'appuyer sur les organisations « d'amont » mises en place par la médecine de ville

Proposition N°6

Faire évoluer les modes de rémunération des médecins libéraux pour contribuer efficacement au désengorgement des urgences

Proposition N°7

Élargir les horaires de PDSA au samedi matin

Proposition N°8

Attribuer une compensation financière aux hôpitaux, lorsque leurs Services d'Urgences s'efforcent de réorienter vers la ville les patients ne nécessitant qu'une consultation simple.

Annexe 2

Les 12 mesures du « pacte de refondation des urgences »

Mesure 1 : mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre, à toute heure, à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS).

Mesure 2 : renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinets, maisons et centres de santé.

Mesure 3 : donner à la médecine libérale les mêmes leviers de prise en charge que les urgences.

Mesure 4 : offrir aux professionnels non-médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients.

Mesure 5 : fixer un objectif « zéro passage par les urgences » pour les personnes âgées.

Mesure 6 : intégrer la télémédecine dans tous les SAMU.

Mesure 7 : mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgences et en réformant les transports médicalisés.

Mesure 8 : renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences.

Mesure 9 : lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical.

Mesure 10 : réformer le financement des urgences.

Mesure 11 : renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences.

Mesure 12 : fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées.

BIBLIOGRAPHIE

Article Le Parisien « **Aux urgences, les moyens alloués ont suivi la hausse de fréquentation** »

<http://www.leparisien.fr/economie/aux-urgences-les-moyens-alloues-ont-suivi-la-hausse-de-frequentation-02-09-2019-8144235.php>

Communiqué A. BUZYN – Ministère de la santé

Communiqués et dossiers de presse Dossiers de presse - Agnès Buzyn

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>

« Le rapport public annuel 2019 » 06 Février 2019 - Cour des Comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

Rapport d'information de la Commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières (SENAT)

26 juillet 2017

Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY

<https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

Soins Non Programmés (SNP)

La médecine libérale propose sa solution et lance l'expérimentation : Un Médecin 116 117 dans le Bas-Rhin

19 Juin 2019

Diaporama URPS SNP CPL 67 19 06

Panorama 2018 ORU Occitanie

Panorama Occitanie - Activité des structures d'urgences

2018

<https://www.orumip.fr/2019/06/panorama-occitanie-2018-activite-des-structures-durgence/>