



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

**Répondre à la demande de soins non
programmés : quelle opportunité pour la mise
en place d'un forfait de réorientation aux
urgences ?**

L'exemple des SAU du GH AP-HP Sorbonne Université :
Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine et Tenon

Mathilde SIGAUD FILS

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Lise Rochaix, responsable de la chaire Hospinnomics pour son brillant accompagnement à la fois humain et scientifique, au cours de mon travail de recherches, de terrain et de rédaction. L'équipe Hospinnomics a su m'accueillir de façon sincère et chaleureuse, prouvant qu'il est possible d'allier excellence et convivialité. Merci à chacun d'entre eux.

Je remercie vivement Jérôme Hubin, directeur de l'hôpital Saint-Antoine et directeur des affaires financières du GH AP HP Sorbonne Université, pour l'encadrement de mon stage, pour avoir soutenu ma démarche, avec intérêt et enthousiasme et pour m'avoir accordé le temps nécessaire afin d'éclairer les points les plus obscures du dispositif de réorientation.

Remerciements à toute l'équipe de la direction des affaires financières du GH AP HP Sorbonne Université et en particulier à Marie-Liesse Lefranc, Nadège Laisman, Lucie Hamon et Nadia Amirat pour leur disponibilité, leur écoute et leur incroyable efficacité.

Enfin, merci à ma collègue élève directrice Chloé Saint-Ville, qui a partagé avec moi son lieu et son expérience de stage. Ses conseils et son optimisme contagieux ont été précieux tout au long de cette période.

Sommaire

Introduction	2
1 La possibilité de réorienter des patients aux portes d'un service d'urgences : comment et à quel prix ?.....	7
1.1 La diversité des systèmes de triage rend difficile l'évaluation des patients qui peuvent être réorientés.....	7
1.1.1 Le tri des patients aux urgences se heurte à la difficulté de définir ce qu'est un patient urgent.....	7
1.1.2 Le triage des patients aux urgences est un passage obligé et dépendant de la méthode utilisée.....	8
1.2 Réorienter des patients comporte des risques médicaux et un coût financier et humain pour le SAU.....	11
1.2.1 Les risques médicaux.....	11
1.2.2 Les risques de désorganisation des services	12
1.2.3 Les risques financiers.....	13
2 Dans un contexte complexe, les réponses apportées au flux croissant de patients aux SAU du GHU sont-elles suffisantes ?	17
2.1 Les tensions dues à la fréquentation des services et aux revendications sur les conditions de travail	17
2.1.1 Les SAU subissent depuis plusieurs années une hausse du nombre de passages	17
2.1.2 La grève au SAU de SAT, à l'origine d'un mouvement à l'échelle nationale, révèle une situation sous tension	19
2.2 Des ressources pour prendre en charge les soins non programmés : la solution des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ?	21
2.2.1 Un exemple historique : la polyclinique Baudelaire de Saint-Antoine	21
2.2.2 Le réseau PASS de l'AP-HP	22
2.3 Une structuration de l'amont bénéfique à une meilleure orientation des patients et à des admissions directes : les projets de coopération ville-hôpital.....	23
2.3.1 Les coopérations ville-hôpital de l'AP-HP sont appliquées au niveau du GH..	23
2.3.2 A l'hôpital Tenon, le projet de faire entrer des consultations privées au sein même du SAU	25

2.4	Les limites à la mise en œuvre des processus d'amélioration.....	27
2.4.1	Des limites d'ordre structurel : des habitudes difficiles à changer	27
2.4.2	La tendance à se préoccuper de l'organisation interne et de l'aval plutôt que de l'amont	27
3	Des actions pour rendre possible la réorientation et inciter à l'expérimentation du forfait à l'échelle du GHU.....	29
3.1	Diminuer les risques financiers : une refonte globale du financement semble nécessaire.....	29
3.1.1	La perte de recettes en cas de réorientation de patients peut être neutralisée	29
3.1.2	La réforme des modes de financement semble un accompagnement nécessaire	31
3.2	Diminuer les risques de désorganisation des services : faire accepter la réorientation.	32
3.2.1	Assurer le suivi de la réorientation	32
3.2.2	Faire accepter la réorientation au plus grand nombre de patients	33
3.3	Diminuer les risques médicaux : faire de la réorientation l'occasion d'une prise en charge mieux ciblée	34
3.3.1	Proposer une optimisation des flux entre SAU du même GH.....	34
3.3.2	Identifier et structurer toutes les modalités alternatives de prise en charge	37
	Conclusion.....	41
	Bibliographie.....	43
	Liste des annexes	I
	Index des tables et illustrations	I
	Annexe 1	II
	Annexe 2	III
	Annexe 3	V

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
AMUF : Association des médecins urgentistes de France
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ARS : Agence régionale de santé
ATU : Forfait d'accueil et de traitement des urgences
CCMU : Classification clinique des malades des urgences
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIMU : Classification infirmière des malades aux urgences
CSNP : Centre de soins non programmés
DMP : Durée moyenne de passage
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques –
Ministère des Solidarités et de la Santé
EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FAU : Forfait annuel des urgences
GH : Groupement hospitalier
GHU : Groupement hospitalo-universitaire
IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation
MMG : Maison médicale de garde
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
PDSA : Permanence des soins ambulatoires
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PSL : Hôpital universitaire Pitié-Salpêtrière
SAMU : Service d'aide médicale d'urgence
SAT : Hôpital Saint-Antoine
SAU : Service d'accueil des urgences
SFMU : Société française de médecine d'urgence
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
TNN : Hôpital Tenon

Introduction

Dès 1993, le rapport Steg¹ faisait le constat du dysfonctionnement des services d'urgence et des difficultés de gestion des flux de patients, sonnait l'alarme aussi bien auprès des pouvoirs publics qu'auprès du personnel de direction. Un rapport du Sénat en 2017² et une annexe au rapport de la Cour des comptes de 2019³ remettent à l'ordre du jour la nécessité de réformer les modes de prise en charge ainsi que le financement de ces services présentés comme au bord de l'explosion. L'entrée en grève du service des urgences de Saint-Antoine en mars 2019, suivie d'un mouvement collectif à l'échelle nationale, a récemment encore élevé le niveau d'alerte.

L'accroissement du nombre de passage aux urgences : des services en tension

Entre 2015 et 2018, le nombre de passages aux urgences dans les hôpitaux de l'AP-HP a augmenté de 3,1% par an en moyenne. Dans la même période, le temps d'attente s'est accru dans la plupart des services d'accueil des urgences (SAU) avec une durée moyenne de passage (DMP) pouvant dépasser 4 heures. Les engagements de l'AP-HP pris en 2014 pour diviser par deux le temps moyen d'attente aux urgences et de mettre fin aux temps d'attente supérieurs à 4 heures n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Parmi les nouvelles orientations pour la période 2019-2023 figure celle de « maîtriser les flux et réguler les passages ». Les objectifs sont de limiter à 2% l'accroissement annuel des passages et de « renforcer les liens avec les structures de soins en ville en amont de la prise en charge aux urgences ».

Le groupe de travail mandaté par l'AP-HP pour participer à l'amélioration de la prise en charge, recommande de « pousser au renforcement de la permanence des soins et de l'offre de soins non-programmés en Ile de France, en travaillant tout particulièrement avec certains centres de santé et de maisons médicales de garde »⁴.

« Vraies » urgences et soins non programmés

En effet, tout patient se présentant aux urgences n'entre pas dans la catégorie de ce qui était originellement considéré comme de « vraies » urgences. Dans les années 1970, la structuration des services d'urgence vient en réponse aux besoins de prise en charge des victimes d'accidents graves, en particulier des accidents de la route. Aujourd'hui, il est établi

¹ Steg, 1993

² Cohen, Génisson et Savary, 2017

³ Rapport annuel, 2019

⁴ APHP News, dépêche du 22/03/2019

que les prises en charge pour urgences vitales ne représentent qu'une faible proportion des patients accueillis. Un grand nombre de patients pourrait notamment reporter sa demande de soins et ainsi entrer dans un parcours de soins non programmés (SNP).

Les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité d'analyser dans leur globalité les flux de patients qui se présentent aux SAU. Une façon d'étudier la question et d'envisager le problème par l'amont et par la bonne – ou mauvaise- orientation des patients en demande de soins non urgents mais non programmés. Ainsi, la résolution des problèmes que connaissent les urgences pourrait bien se trouver dans une régulation pré-hospitalière, une rationalisation de l'amont alors même que les services ont tendance à se concentrer sur la gestion de l'aval ou dans l'organisation interne des services.

Ce mémoire propose de se focaliser sur le flux entrant des patients dans les services d'urgence et sur l'opportunité de la prise en charge des cas les moins sérieux par ces derniers. En effet, une proportion des patients qui se présente à l'entrée des SAU, ne relève pas tant d'une situation d'urgence vitale que d'une rupture de leur trajectoire de soins. Il s'agit d'évaluer qui sont les patients « réorientables » et à quel coût, humain et financier, ce choix peut être fait.

Qu'est-ce que le forfait de réorientation ?

Le forfait de réorientation est un dispositif d'incitation financière visant à réguler en amont les flux entrants de patients dans les services d'urgence.

La législation prévoit d'ores et déjà que chaque SU comprenne un accueil permettant d'évaluer, de trier et d'orienter les patients qui s'y présentent :

« L'établissement organise l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge par la structure des urgences vers une autre structure de soins ou vers une structure sociale ou vers une structure médico-sociale, selon des protocoles préalablement définis entre les responsables de ces structures »⁵.

Mais ce dispositif, d'ordre organisationnel, n'a pas de caractère incitatif contrairement à ce que propose le forfait d'orientation. Porté par une initiative parlementaire du député médecin Olivier Véran⁶, le forfait de réorientation a été présenté dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2019. Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de

⁵ Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique - Art. R. 6123-20

⁶ Député de l'Isère (1^{ère} circonscription), rapporteur général de la Commission des affaires sociales, chargé du projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

la Santé, a soutenu ce projet et confirmé « l'intention du Gouvernement de proposer une mesure incitative à la bonne orientation des flux d'urgence par la création d'un forfait de réorientation qui pourrait être pris en charge complètement par l'assurance maladie »⁷. Le dispositif se donne pour objectif de contribuer à désengorger les urgences hospitalières, de réduire le temps d'attente et d'améliorer la prise en charge des patients. Sans préciser les conditions pratiques de mise en œuvre, tel que le montant du forfait, le texte (article 43-LFSS 2019) en expose les grands principes :

« A titre expérimental, pour une durée de trois ans et sur autorisation de l'Etat, la réorientation d'un patient effectuée par un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences peut donner lieu à la facturation, par certains établissements de santé (...) la prestation mentionnée au présent article est intégralement prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pendant une durée de trois ans à compter du début de l'expérimentation. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des établissements retenus pour y participer ainsi que ses conditions d'évaluation en vue d'une éventuelle généralisation »

De la Pitié-Salpêtrière à Saint-Antoine... et au groupement hospitalier

La rédaction de ce mémoire s'inscrit dans le contexte très particulier de la restructuration de l'AP-HP. En 2017, Martin Hirsh, directeur général, s'engage dans la mise en place d'une « nouvelle AP-HP ». Suivant une logique de déconcentration et afin de favoriser le rapprochement avec l'université et le territoire, six groupes hospitaliers universitaires sont créés. En 2018, l'AP-HP.6 est un des premiers ensembles à voir le jour et réunit les hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière, Charles-Foix et les hôpitaux universitaires Est Parisien Saint-Antoine (12^e), Rothschild (12^e), Trousseau (12^e), La Roche-Guyon (Val d'Oise) et Tenon (20^e). Christine Welty en prend la direction.

En juillet 2019, le GH prend le nom d'AP-HP Sorbonne Université et se structure autour de 13 départements médico-universitaires ou DMU qui remplacent les pôles préexistants. Les directeurs fonctionnels ont un périmètre d'action étendu à l'échelle du GH. De plus, il est décidé d'un cumul de fonctions pour les directeurs de site : la DRH du GH prend en charge le site de Tenon, le secrétaire général les sites de Rothschild et Trousseau, et le Directeur des finances le site de Saint-Antoine. Mon terrain de stage, débuté sur le site de Pitié-Salpêtrière, s'est ainsi élargi au GH. Mon poste s'est déplacé du site de la Pitié-Salpêtrière

⁷ Déclaration d'Agnès Buzyn devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le 10 octobre 2018.

à celui de Saint-Antoine, ma direction de rattachement étant celle des ressources financières. J'ai alors choisi de prendre en compte les données recueillies sur les trois SAU adultes non spécialisés du GH : Pitié-Salpêtrière (PSL), St-Antoine (SAT) et Tenon (TNN).

Notons qu'une étude portant sur les établissements de l'AP-HP présente des spécificités. Tout d'abord, les hôpitaux parisiens bénéficient d'un effet de prestige et d'attractivité médicale liés à leur localisation, à leur histoire, à l'importance de l'innovation et de la recherche tant sur le plan national qu'international. Cependant, le recrutement des personnels médicaux et non médicaux peut devenir source de tensions du fait du coût de la vie en région parisienne et de la proximité et de la concentration des hôpitaux, publics et privés sur le territoire parisien. Il existe, en outre, une forme de concurrence entre les différents établissements de l'AP-HP. Cette concurrence s'est notamment révélée lors des mouvements de personnel ayant eu lieu lors de la mise en place des nouveaux GH. Enfin, si les nouveaux GH ont pour rôle de revaloriser la gouvernance locale des établissements, les grandes orientations stratégiques restent impulsées par le siège à un niveau supra-GH.

Dans ce contexte, ce mémoire professionnel se propose de présenter des pistes de réponse aux demandes de soins non programmés en partant de l'organisation et des contraintes de chacun des services d'urgence du GH. Les patients qui seraient identifiés comme « non-urgents » pourraient, suite à réorientation, être pris en charge dans un parcours alternatif, par d'autres structures.

Le sujet de ce mémoire a été en tout premier lieu proposé par Lise Rochaix, responsable scientifique de la chaire Hospinnomics, qui a bien voulu encadrer et soutenir ce travail. La chaire Hospinnomics, née en 2014 d'une association entre l'AP-HP et PSE-Ecole d'économie de Paris, centre son expertise en économie de la santé sur l'innovation à l'hôpital au service d'une prise de décision éclairée. Elle contribue à développer l'évaluation et l'expérimentation pour optimiser toutes les ressources disponibles au service du patient.

L'enjeu de ce travail est d'interroger, par l'amont, les conditions d'organisation de la gestion des flux de patients entrants aux urgences et de réfléchir aux alternatives de prise en charge des soins non programmés.

La première partie du mémoire est consacrée à la présentation des différentes modalités de réorientation des patients aux portes des urgences et leurs limites. La deuxième partie revient sur l'environnement et les contraintes de chacun des SAU et sur la façon dont ils participent aux projets de régulation des flux entrants aux urgences. Enfin, sont proposées des mesures capables de favoriser et de rentabiliser la mise en place d'un forfait de réorientation, même à titre expérimental.

1 La possibilité de réorienter des patients aux portes d'un service d'urgences : comment et à quel prix ?

La possibilité de réorienter repose sur l'hypothèse selon laquelle les patients les moins graves pourraient reporter leur demande de soins.

On peut ainsi se demander selon quelle méthode le degré de sévérité des patients peut être évalué et quels sont les risques liés à la décision de réorientation.

1.1 La diversité des systèmes de triage rend difficile l'évaluation des patients qui peuvent être réorientés

1.1.1 Le tri des patients aux urgences se heurte à la difficulté de définir ce qu'est un patient urgent.

L'urgence peut être définie comme un phénomène « qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage »⁸. Une définition sociologique de l'urgence l'associe à un temps accéléré, à l'immédiateté et au culte de l'instant :

« Nos sociétés modernes considèrent l'inaction comme de plus en plus impensable et propulsent l'action multiple et simultanée comme une religion universelle [...]. C'est un phénomène probablement durable auquel l'être humain va devoir s'adapter »⁹.

Cette définition invite à considérer l'urgence comme une notion en évolution et qui impose d'élaborer de nouveaux modes de prise en charge dans les organisations spécialisées dans la gestion de celle-ci. L'urgence est également un état physiologique ressenti qui appelle une prise en charge spécifique quelle qu'en soit la cause. Le rapport Steg¹⁰ propose de distinguer différents niveaux d'urgence : « urgences vraies », « urgences ressenties », « soins de dispensaires », « passages non urgents ». Cette typologie considère comme urgent ce qui est ressenti comme urgent par le patient ou par un proche, mais prend également en compte l'appréciation médicale.

⁸ Evin, 2014

⁹ Finchelsein, 2014

¹⁰ Steg, 1993

Certains auteurs se prêtent à une revue des différents critères permettant de différencier les patients « urgents » et « non urgents »¹¹. La classification de 31 référentiels différents permet de préciser les critères retenus pour caractériser l'urgence sur des échelles de 2 à 5 niveaux¹². D'autres recherches bornent leur champ d'études en donnant une définition *ad hoc*, par exemple, des consultations appropriées et non appropriées¹³. Néanmoins, une étude médicale de 2013 considère que les tentatives de distinguer l'urgent du non-urgent seraient vaines et que « 93% des patients identifiés non justifiés aux urgences le seraient à tort »¹⁴. Dans son rapport public annuel 2019, la Cour des comptes choisit le terme de « passages évitables », ne faisant plus référence à l'urgence en tant que telle, pour identifier les cas qui seraient responsables de l'engorgement des SAU¹⁵. On s'approche ainsi de la notion de soins non programmés, catégorie de soins qui peuvent être considérés comme entièrement réorientables par le personnel médical.

1.1.2 Le triage des patients aux urgences est un passage obligé et dépendant de la méthode utilisée

La notion de triage à l'entrée aux urgences est indissociable de cette difficulté de caractériser l'urgence. Il n'existe pas de méthode standardisée pour filtrer les patients qui se présentent aux portes des urgences.

Le cadre de prise en charge après triage est historiquement associé au Baron Dominique-Jean Larrey (1766-1842), chirurgien de l'armée napoléonienne, qui a été le premier à évaluer le degré de prise en charge nécessaire aux blessés à partir de données médicales¹⁶. Le triage donne lieu à des méthodes qui se caractérisent par des échelles comportant un nombre variable de niveaux. Il varie également selon la ou les personnes responsables de l'évaluation du patient. Certains pays tentent de diffuser une méthode commune sur leur territoire. Parmi les plus utilisées, on trouve les échelles de tri australienne (Australasian Triage Scale), américaine (Emergency Severity Index), canadienne (Canadian Triage Acuity Scale) et britannique (Manchester Triage System).

En France, la classification clinique des malades des urgences (CCMU) a été le point de départ de la création aux urgences de l'hôpital Saint-Louis en 1996 d'un outil de triage

¹¹ Gentile et al., 2009

¹² Carret, Fassa et Domingues, 2009

¹³ Berraho et al., 2012

¹⁴ Raven, 2013

¹⁵ Cour des comptes, 2019

¹⁶ Robertson-Steel, 2006

appelé « classification infirmière des malades aux urgences » (CIMU). C'est aujourd'hui ce dernier qui est le plus largement utilisé par les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO).

De nouvelles méthodes sont régulièrement mises à l'étude de manière à réduire les erreurs d'évaluation et à sécuriser le personnel qui subit le stress lié à la responsabilité qui découle de cette étape. Widgren et Jourak¹⁷ exposent la méthode METTS (*Medical Emergency Triage and Treatment System*) qui présente l'intérêt d'une prise en charge primaire sur la base des signes vitaux et réévalue dans un second temps les éléments de priorisation. Des outils informatiques, développant des méthodes d'intelligence artificielle, offrent par exemple de nouvelles perspectives de prise en charge aux portes des SU. L'algorithme ELISA, Échelle liégeoise d'index de sévérité à l'admission¹⁸ ou l'outil d'e-triage¹⁹ sont des exemples de méthodes informatisées qui donnent des résultats satisfaisants.

Une revue de littérature réalisée par Oredsson²⁰ identifie 5 groupes de méthodes d'amélioration du triage :

1. Le *streaming*

Cette méthode consiste à séparer rapidement des patients en différents groupes homogènes selon le niveau de prise en charge attendu.

2. Le *fast track*

C'est un cas particulier de streaming qui consiste à constituer une filière rapide pour les cas les plus légers. Le fast track a donné lieu à la mise en place de circuits courts au sein des SAU. Les unités d'hospitalisation de courte durée UHCD apportent une réponse de prise en charge aux patients accueillis aux urgences pour une courte période.

3. Le *team triage*

Le triage est réalisé par une équipe dont un membre a une qualification médicale. Sur la composition des équipes d'accueil, la participation d'un médecin au triage peut être vue comme le moyen de limiter les délais de prise en charge et les éventuelles sources d'erreur. Néanmoins la Société française de médecine d'urgence (SFMU) s'interroge sur le contenu de missions assignées au médecin (Médecin d'Accueil et d'Orientation – MAO ou Médecin de Coordination et d'Orientation - MCO) à cette étape de prise en charge et soumet à l'appréciation de chaque service la véritable plus-value à ces fonctions. En 2004, la SFMU avait

¹⁷ Widgren et Jourak, 2011

¹⁸ Jobé et al., 2014

¹⁹ Dong, 2006

²⁰ Oredsson, 2011

soutenu la généralisation de la fonction d'IAO : aujourd'hui, 80% des SAU français ont choisi ce mode d'organisation.

4. Le *point-of-care testing*

Des centres d'analyses mobiles sont mis en place afin de faciliter et accélérer le diagnostic.

5. Le *nurse-requested x ray*

Dans ce cas, les infirmières se trouvent dans la possibilité de prescrire des examens. La réalisation d'analyses et d'examens reste le moyen le plus sûr pour évaluer la gravité du cas d'un patient. Une douleur thoracique ou une douleur abdominale ne peuvent pas seules permettre un diagnostic. Au Québec, depuis 2002, les infirmiers ont la possibilité de prescrire des traitements adaptés à un groupe de patients prédéterminé. Des ordonnances collectives permettent ainsi la prescription directe d'analyses de laboratoires, d'examens radiologiques et d'électrocardiogrammes (ECG), l'administration de certains analgésiques au niveau infirmier²¹. La réflexion actuelle sur les formations d'infirmiers en pratiques avancées s'inspire de ces dispositifs.

Si ces méthodes ont pour objectif d'améliorer la qualité et le rendement des méthodes de triage, la vocation des SAU à filtrer les patients selon leur gravité est loin d'être partagée par tous les personnels. Interrogé sur la question, le Pr. Hausfater, chef de service du SAU PSL, nous explique que le service d'urgence n'est pas une « gare de triage » et qu'il doit rester un secteur de diagnostic.

Si la décision d'une réorientation de patients doit être prise, elle doit se faire en pleine connaissance des risques correspondant à une telle démarche.

²¹ Lacroix et Borgès Da Silva, 2018

1.2 Réorienter des patients comporte des risques médicaux et un coût financier et humain pour le SAU

Malgré les efforts accordés à l'évaluation du degré de sévérité et au triage, le « risque zéro » n'existe pas lorsqu'il est décidé de réorienter une partie des patients.

1.2.1 Les risques médicaux

La réorientation aux urgences comporte des risques médicaux : une mauvaise évaluation du niveau d'urgence entraîne une perte de chance irrémédiable pour le patient. Concernant les pathologies pour lesquelles la rapidité de prise en charge est importante, il n'est pas envisageable de prendre le risque d'un report des soins.

Il y a donc une responsabilité forte qui pèse sur la personne qui prend la décision de réorienter. On peut dès lors s'interroger sur les conséquences d'une réorientation aboutissant à une aggravation du cas des patients, ou à un découragement du patient aboutissant à un abandon des soins. La réorientation revient dans un premier temps à annoncer la possibilité d'un report de soins mais également à convaincre le patient qu'il doit le faire.

Selon Claire Georges-Tarragano *et al.* :

« quels que soient la procédure et le soin attentif apporté par le médecin, il restera toujours le risque incompressible d'erreur et celui de l'aléa imprévisible, tel un accident vasculaire par exemple, qui peut toujours survenir à tout moment. Ainsi le principe de précaution est inapplicable au SU et la « précaution » qui voudrait qu'un examen par un médecin soit garante d'un « risque zéro » pour le patient est illusoire »²².

En effet, le triage est une procédure complexe qui prend en compte une multiplicité de facteurs cliniques qui sont eux-mêmes liés à la caractérisation situationnelle de l'urgence. Si le principe du tri aux urgences a pu contribuer à améliorer la sécurité dans les SAU, il apparaît aussi que les urgences ne sont pas adaptées à la prise en charge des situations relevant de problématiques médico-sociales. Le tri infirmier doit être très rapide pour ne pas retarder l'accès à une prise en charge d'une situation d'urgence vitale. Or, cette rapidité ne convient pas à la prise en compte de toute la complexité des situations.

²² Georges-Tarragano *et al.*, 2013

Les caractéristiques locales du service d'accueil comme la taille de la ville, la densité de la population, l'existence de transports sont autant d'éléments qui peuvent aussi participer à la caractérisation de l'urgence. Pour exemple, la méthode de triage ATS ne tient pas seulement compte des symptômes et de l'état du patient mais de son heure d'arrivée dans le service, du temps de traitement nécessaire et du temps de transport.

De même, les caractéristiques du patient (âge, sexe, catégorie socio-économique, comorbidité, type d'assurance) entrent dans le champ des variables pertinentes²³. L'âge serait, selon une étude médicale²⁴, la seule variable fiable pour identifier les patients non-urgents. Les jeunes patients sont ceux qui ont le moins de comorbidités et qui ont le moins souvent recours à des généralistes du fait de leurs antécédents – ce qui explique leur recours inadapté au SAU.

Le choix de la réorientation s'apparente donc à un véritable diagnostic, ce qui irait dans le sens d'affirmer que seul le personnel médical est en mesure de s'assurer de la justesse et du choix de la réorientation.

1.2.2 Les risques de désorganisation des services

Une autre catégorie de risque est que la réorientation aura un effet sur l'organisation des services et sur la gestion des flux au niveau de l'accueil. Aujourd'hui, l'accueil et l'orientation consistent à prioriser les passages des patients selon le degré d'arrivée. Si l'attente est parfois très longue (des dépassements de 7 heures d'attente ont pu être constatés au SAU de Tenon (TNN)), toute personne qui se présente aux urgences est néanmoins reçue et bénéficie d'une consultation médicale. L'orientation peut se faire après un temps de rencontre et d'examen préalable par le personnel non médical. Les temps d'attente sont gérés par un logiciel de gestion (UrQal puis Orbis pour l'AP-HP).

Qu'en sera-t-il de la gestion de l'accueil et de la salle d'attente si une partie des patients sont réorientés avant d'entrer dans le circuit de prise en charge ? A quel moment le médecin ou l'infirmière d'accueil prennent-ils le temps d'explicitier les alternatives à la prise en charge des urgences ? Que faire des refus de réorientation, et à quel point peut-on insister sur la nécessité d'un autre type de prise en charge ?

²³ Carret, Fassa et Domingues, 2009

²⁴ Urlacher, 2016

Il est difficile de répondre à ces questions et surtout de mesurer le temps et le personnel nécessaire à la réorganisation globale de l'accueil au SAU. En tout état de cause, l'état actuel des circuits et les locaux des SAU ne permet pas de créer une nouvelle file qui serait dédiée à la réorientation. De plus, si le bon fonctionnement du dispositif repose sur le niveau d'acceptation de la réorientation, il faut que le personnel des SAU soit lui-même convaincu de la démarche et que la réorientation soit un moyen d'améliorer les flux et non de perturber le bon fonctionnement du service.

1.2.3 Les risques financiers

Réorienter un patient correspond à une perte d'activité. Le financement des structures d'urgence reste fondé sur la perception pour chaque passage d'un forfait accueil et traitement des urgences (ATU) et d'un forfait d'accueil des urgences (FAU) par établissement. Ce forfait FAU est modulé avec des suppléments par tranche de 2 500 passages. Ainsi, les patients réorientés seraient une perte brute de recettes pour l'établissement. Pour exemple, le CHI de Poissy - Saint-Germain-en-Laye a évalué à 400 000 € la perte de revenus suite à la mise en place d'une maison médicale de garde (MMG) intramuros absorbant 3 000 des 23 000 passages au SU²⁵.

A l'aide des données fournies par la Cour des comptes²⁶, il est possible d'évaluer de façon relativement simple les montants correspondant aux baisses de recettes pour l'établissement en cas de réorientation au SAU.

La première étape consiste à pouvoir identifier le nombre de passages qui serait concerné par la réorientation. Selon une estimation sommaire, il est permis d'estimer que 10% à 20% des passages correspondent à des patients classés CCMU1 – c'est-à-dire, selon la nomenclature, n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale. Ces patients devraient pouvoir être accueillis sans difficulté par la médecine de ville. Une réflexion pourrait être également menée pour les patients CCMU2 dont l'état est stable mais qui ont besoin d'examens complémentaires et ne pourraient être pris en charge qu'à condition d'avoir accès à des structures de consultations et de soins non programmés ou pratiquant la petite traumatologie.

²⁵ Chéron et Varaine, 2018

²⁶ Rapport public annuel 2019

La seconde étape consiste à appliquer à ce nombre un pourcentage de refus de réorientation qui pourrait s'élever, selon une étude de 2004²⁷, à 30 %. Il n'y aurait donc plus que 70% du total de passages identifiés qui pourraient être effectivement réorientés.

Ensuite, pour la Cour des comptes, chaque passage correspondant à des consultations simples, c'est à dire des patients de faible gravité (CCMU1), aurait un coût pour l'assurance maladie de :

- 115 € en journée (ATU+FAU moyen par acte + consultation),
- 150 € la nuit (avec majoration nuit)
- 134 € le weekend (avec majoration de weekend)

A partir de ces données, le tableau suivant présente une estimation des montants de perte de recettes pour les trois SAU du GH AP HP Sorbonne Université :

Tableau 1. Perte de recettes estimée en cas de réorientation

<i>Chiffres 2018</i>	Tenon (TNN)	St Antoine (SAT)	Pitié Salpêtrière (PSL)
Nombre de passages (/an)	46 380	64 013	69 519
Réorientations potentielles	6 493	8 962	9 733
Pertes de recettes	746 718 €	1 030 609 €	1 119 256 €

La Cour des comptes émet enfin des réserves sur la réorientation qui pénaliserait l'établissement « tant que la tarification continuera à assurer une péréquation des cas « légers » vers les cas « lourds », en faisant abstraction de la hiérarchie des coûts réels de prise en charge ». Une autre catégorie de risques identifiés consiste en effet à souligner que dans un système financé par la T2A, la prise en charge des cas complexes nécessitant une longue durée d'hospitalisation est moins rentable que la prise en charge de cas plus léger. Il faut donc envisager un effet de sélection : si les établissements publics réorientent vers des structures extérieures les patients les moins lourds, ils devront se spécialiser sur les cas les plus complexes. Cet élément pourrait certes être une façon de revaloriser le métier des urgentistes et recentrer leur activité sur les urgences « vraies ». Cependant, le financement actuel ne permet pas d'aller dans cette direction. Les patients les plus lourds sont également les plus coûteux dans le système actuel de financement à l'activité.

Une spécialisation sur la prise en charge des cas lourds ne peut pas aboutir à un calcul financier bénéfique pour les établissements, à mode de financement global inchangé.

²⁷ Gentile, Durand, Vignally, 2008

Le dispositif de forfait de réorientation n'est donc nullement un dispositif qui peut être présenté comme une mesure d'économie. Au mieux, il doit être financé par un jeu de réorganisation à somme nulle.

Si le forfait de réorientation peut être une idée pertinente pour répondre à la demande de soins non programmés, sa mise en place n'est pas dénuée de risques. En outre, les services d'urgence ont d'ores et déjà mis en œuvre des stratégies d'organisation et de coopération avec la ville pour maîtriser au mieux les flux de patients en amont.

2 Dans un contexte complexe, les réponses apportées au flux croissant de patients aux SAU du GHU sont-elles suffisantes ?

Les SAU du GH ont engagé des actions de manière à faciliter la permanence des soins et la prise en charge des soins non programmés. Mais ils sont soumis à des contextes en tension qui ne facilitent pas la réalisation des résultats attendus.

2.1 Les tensions dues à la fréquentation des services et aux revendications sur les conditions de travail

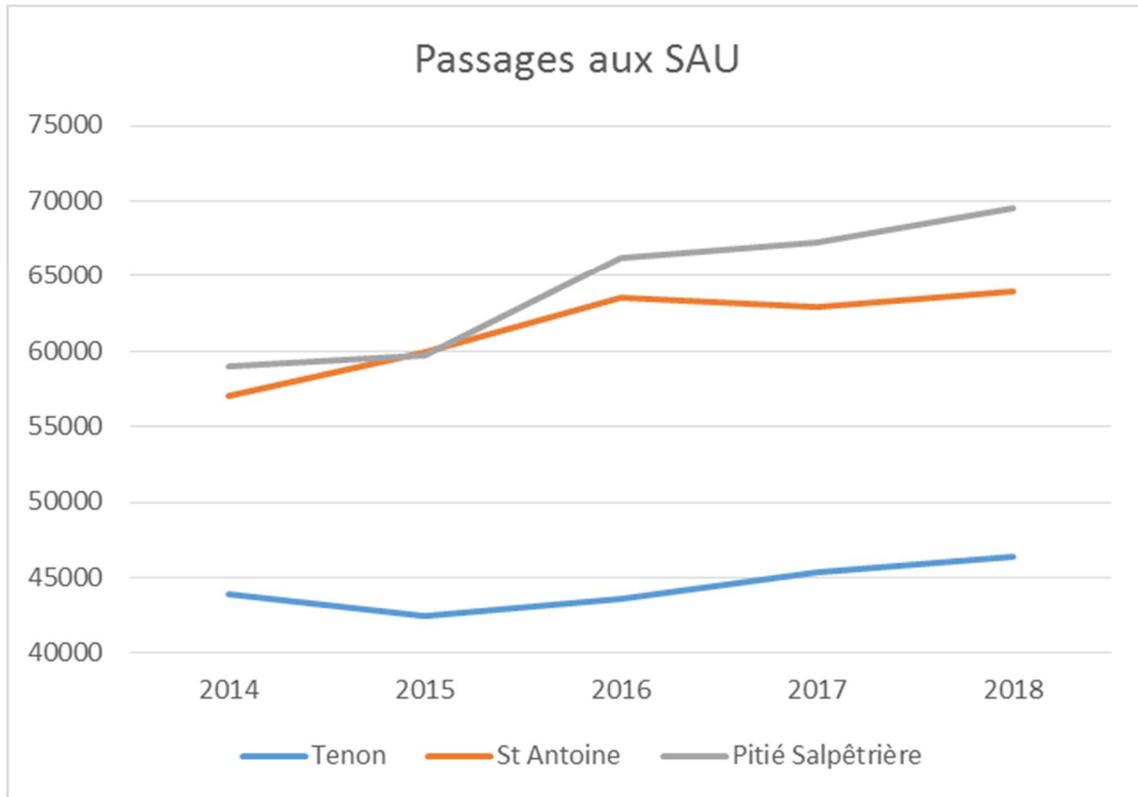
2.1.1 Les SAU subissent depuis plusieurs années une hausse du nombre de passages

Si les médecins libéraux n'ont plus l'obligation depuis 2003 (réforme Mattei) d'assurer des tours de garde, les services d'urgence sont devenus sur de nombreux territoires la première solution aux demandes de SNP. Les SAU font office de recours pour la permanence des soins tandis que les médecins libéraux restent sollicités sur leurs heures des consultations de façon quotidienne. En 2015, une enquête de l'URPS Médecins libéraux Île-de-France a présenté un état des lieux des soins non programmés auprès des médecins libéraux. Cette étude révèle que 75% d'entre eux reçoivent jusqu'à cinq demandes de SNP par jour. 25%, principalement des généralistes et des pédiatres, en reçoivent entre six et dix par jour. 97% d'entre eux font face à une demande de SNP concentrée entre 18h00 et 20h00 et 68% d'entre eux prévoient un temps réservé dans la journée pour répondre aux demandes de SNP²⁸.

Cette surabondance de demande de SNP, qui engorge les services et alourdit le quotidien des médecins libéraux, révèle des lacunes dans l'orientation des patients et dans l'offre de SNP. L'ARS Ile de France fait ce même constat et lance une nouvelle mission en 2019 sur la prise en charge des SNP, assurée par Georges Siavellis et Patrick Pelloux (annexe II) afin de fixer des objectifs pour structurer la réponse à la demande de SNP.

Depuis 2014, le nombre de passages a substantiellement augmenté au sein des trois SAU composant le GHU. Entre 2015 et 2016, le SAU de PSL constate une augmentation de +11% du nombre de passages.

²⁸ <https://www.urps-med-idf.org/lancement-dune-mission-soins-non-programmes-en-ile-de-france/>, consulté le 08/09/2019



Nombre de passages aux urgences entre 2014 et 2018 dans les SAU du GH Sorbonne Université

Source : AP-HP

Notons sur ce schéma un creux en 2015 pour les données de PSL et TNN, dû à un changement du périmètre sur la comptabilisation des passages aux urgences (depuis 2014, on soustrait du total les urgences dentaires).

L'écart entre PSL et SAT tend à augmenter avec une croissance des passages plus importante à PSL qu'à SAT.

Une des raisons de cette évolution tient à la zone d'attractivité de PSL. En effet, si SAT et PSL sont proches géographiquement, elles bénéficient d'une image et d'une notoriété différente. Le recueil de l'origine géographique des patients se présentant à PSL montre que certains patients viennent de communes de grande banlieue, comme Meaux, Melun, Pontoise ou Longjumeau, communes qui bénéficient elles-mêmes d'un SAU de proximité. Deux hypothèses peuvent être retenues pour définir la zone d'attractivité (tableau 2).

Tableau 2. Zone d'attractivité de deux SAU en 2015

	Nombre de communes formant la zone d'attractivité du SAU représentant :	
	60% des passages	80% des passages
HU ST ANTOINE AP-HP	6	48
HU PITIE SALPETRIERE AP-HP	28	106

Source : Hospinnomics, données RPU 2010-2015, mises à disposition par Rolando Leiva

On observe que PSL et SAT se distinguent. Si l'on considère les principales provenances des patients se présentant au SAU (60% des passages), il y a 4 à 5 fois plus de communes représentées pour PSL que pour SAT. Autre fait marquant, on arrive à des provenances de plus de 100 communes différentes lorsqu'on prend en compte les 80% des passages les plus représentés. Le travail de réorientation ne peut pas être fait de la même manière pour des patients venus des alentours de l'hôpital et pour ceux ayant déjà parcouru une longue distance pour se rendre dans le SAU de leur choix. Le travail de réorientation serait donc a priori plus difficile dans un SAU comme celui de PSL que pour SAT.

2.1.2 La grève au SAU de SAT, à l'origine d'un mouvement à l'échelle nationale, révèle une situation sous tension

Depuis le 18 mars 2019, le SAU de SAT est en grève, l'évènement déclencheur étant des faits d'agressions sur le personnel au sein du service. Cette grève a eu un véritable effet « tache d'huile » sur les SAU de l'AP-HP puis de la France entière. La Pitié-Salpêtrière, Lariboisière, Tenon et Saint-Louis ont rejoint St-Antoine dans le mouvement de grève.

Les grévistes mettent en avant des conditions de travail difficiles ainsi que des temps d'attente extrêmes pour certains patients, parfois vulnérables. Les revendications principales sont la création de postes d'infirmiers et d'aides-soignants, une prime mensuelle de 300 euros et la sécurisation du lieu de travail. Le mouvement de grève a pour particularité d'être massivement porté par le personnel non médical et par une organisation non syndicale. Un collectif « Inter-urgences » s'est en effet formé autour du mouvement et rassemble des représentants de plusieurs services dont une vingtaine de l'AP-HP mais également des services extérieurs comme celui du CHU de Bordeaux ou du CH de Saint-Nazaire. Le collectif a été reçu le 7 mai par les députés Olivier Véran et Thomas Mesnier²⁹.

²⁹ Député de Charente (1^{ère} circonscription), auteur d'un rapport sur les soins non programmés dans les territoires remis en mai 2018 à la Ministre des Solidarités et de la Santé

Au mois de juin, la direction générale de l'AP-HP a proposé aux syndicats et aux représentants du collectif la création de 230 emplois dans les services d'urgences. Concernant les rémunérations, Martin Hirsh se réfère à la prime forfaitaire de risque de 100 euros mise en place au niveau national à compter du 1^{er} juillet. Néanmoins, les protocoles de sortie de grève n'aboutissent pas et la situation n'évolue pas dans les services. Des votes à bulletin secret ont été organisés de manière à recenser le nombre de personnes souhaitant cesser la grève. À SAT, la formulation consistant à dire que « les avancées étaient satisfaisantes mais que la grève se prolongeait par solidarité nationale » a remporté la majorité des voix.

Le 16 août, le collectif Inter-Urgences dénombre 218 services en grève sur l'ensemble du territoire et lance un appel, conjointement à l'intersyndicale CGT-FO et SUD à une assemblée générale unitaire le 30 septembre 2019.

Si la ministre des Solidarités et de la Santé a mandaté Thomas Mesnier et le professeur Pierre Carli, chef de service du SAMU de Paris, pour de nouvelles propositions afin de trouver une issue à la crise, les protocoles de sortie de grève sont encore peu nombreux à avoir été signés.

Face à ces tensions structurelles et conjoncturelles, les SAU ont également des ressources anciennes et mènent de nouveaux projets pour répondre à la demande de soins non programmés.

2.2 Des ressources pour prendre en charge les soins non programmés : la solution des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ?

2.2.1 Un exemple historique : la policlinique Baudelaire de Saint-Antoine

Lors de sa création en 1992 par le Dr Jacques Lebas, également co-fondateur de Médecins du Monde, la policlinique Baudelaire s'est donnée pour objectif de répondre aux besoins médicaux et paramédicaux des personnes en grande difficulté, souvent sans domicile fixe et porteuses de pathologies complexes. Ouvertes sans rendez-vous, les consultations de médecine générale peuvent être complétées par des examens et des soins réalisés sur place. 30% des patients n'ont aucune couverture sociale, les autres se présentent quand ils ne parviennent plus à être pris en charge par la médecine de ville. La policlinique a servi de modèle pour la création des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions en 1998. Elle fait aujourd'hui elle-même partie du réseau.

L'originalité de la structure tient au fait de la présence d'assistantes sociales qui complètent le circuit de prise en charge des patients. La policlinique travaille en lien étroit avec des associations comme Droits d'urgence, Médecins du monde ou le Samu social. Sa réputation auprès des patients fait que certains d'entre eux se déplacent de loin pour entrer dans son réseau de prise en charge. Avec 13 000 consultations en 2018, sa fréquentation augmente de 5% par an.

Les urgences de SAT réorientent systématiquement les patients qui relèvent de ce type de soins vers la policlinique. 18% à 20% des patients de la policlinique sont entrés par les urgences. La policlinique se situe dans le même bâtiment que les urgences, à l'étage supérieur. Cette proximité garantit la continuité du parcours pour des patients difficiles à orienter avec parfois la barrière de la langue. Inversement, les médecins de la policlinique peuvent réorientés certains patients en direction des urgences dans le but d'une hospitalisation. La coopération entre urgences et policlinique donne de bons résultats et satisfait à la fois les professionnels et les patients.

2.2.2 Le réseau PASS de l'AP-HP

Il existe une PASS dans la plupart des hôpitaux de l'AP-HP. Comme la polyclinique, elles permettent un accès hospitalier au plus démunis mais proposent également un accompagnement médico-social. Les patients accueillis représentent une population difficile à soigner. Ils sont souvent dans l'incapacité de retracer leur parcours de soins. Des barrières dues à la langue ou à la méconnaissance de leurs pathologies rendent le diagnostic difficile et le suivi des patients très complexe.

A l'AP-HP, le fonctionnement en réseau des PASS et l'utilisation du logiciel Orbis commun à tous les services permet d'assurer un échange de données et la possibilité de reconstituer l'historique et le suivi des patients. Des PASS spécialisées viennent compléter le dispositif avec une prise en charge en pédiatrie, en psychiatrie, en dentaire et en dermatologie. Comme pour la polyclinique, l'efficacité des PASS repose sur un travail de prise en charge co-construit avec les assistantes sociales et les associations. L'entretien social vient systématiquement compléter la consultation médicale.

Ce réseau permet d'accompagner les SAU qui n'ont ni le temps ni les compétences pour assurer un suivi global et dans le temps des patients en situation de précarité. Les PASS ou la polyclinique font office de partenaire pour les SAU en offrant la possibilité d'une prise en charge alternative pour un flux de patients très spécifiques.

Selon Claire Georges-Tarragano *et al.*³⁰, la PASS est une véritable solution à la crise durable des urgences. Il serait nécessaire de sortir d'une gestion productiviste des SAU avec des indicateurs de temps d'attente et de gestion des flux, et la PASS permet de prendre en compte des patients dans la durée et dans la globalité des cas en tenant compte de la dimension médicale mais aussi sociale et psychologique. Si la PASS n'est pas une solution adaptée aux situations des urgences *stricto sensu*, elle présente un modèle complémentaire aux urgences classiques.

En revanche, la PASS ne couvre pas toute la demande de soins des populations les plus démunies. Les horaires d'ouverture parfois restreints³¹, ne permettent pas de proposer une offre de permanence de soins non programmés, et en particulier, aucun accueil n'est prévu le week-end. Après un premier contact durant les ouvertures des PASS, les patients se voient proposer des consultations sur rendez-vous, suivant un modèle de planification des flux.

³⁰ Georges-Tarragano *et al.*, 2013

³¹ A PSL : du lundi au vendredi de 9h à 12h30 ; à SAT – Baudelaire : du lundi au vendredi de 7h30 à 18h ; à TNN : du lundi au vendredi de 14h à 16h

2.3 Une structuration de l'amont bénéfique à une meilleure orientation des patients et à des admissions directes : les projets de coopération ville-hôpital

2.3.1 Les coopérations ville-hôpital de l'AP-HP sont appliquées au niveau du GH

L'AP-HP développe des coopérations ville-hôpital et bénéficie aujourd'hui d'un réseau de 2 000 médecins partenaires en Ile de France. En 2018, on décompte des coopérations avec 52 structures de ville différentes (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles...). A partir de conventions, ces coopérations permettent des échanges d'information et la mise en place de parcours cliniques partagés (lignes téléphoniques directes, télé expertise, staffs croisés, protocoles partagés de suivi des malades...)

Répondant à un appel d'offres de l'ARS, l'AP-HP et des structures de ville ont créé cette année des postes de médecins à temps partagé (23 spécialistes et 13 généralistes). Les médecins sont recrutés pour deux ans et assurent le lien avec le GHU. L'objectif est de proposer des postes avec une activité mixte et de faciliter l'adressage direct de patients vers les services hospitaliers en renforçant la connaissance mutuelle des équipes. En ayant accès au bon spécialiste, les généralistes évitent des passages aux urgences inutiles et choisissent le mode de prise en charge en adéquation avec la sévérité des cas de leurs patients.

Le dispositif de postes à temps partagé entre dans la logique du renforcement des liens ville-hôpital, tout comme la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Annoncée en septembre 2018 par le président de la république dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022, les CPTS sont un mode d'organisation qui permet aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun. Elles doivent apporter des solutions opérationnelles pour répondre aux difficultés de prise en charge dans le cadre de la permanence des soins. Chaque poste de médecin à temps partagé, entrant parfois dans la configuration d'une CPTS (13^e et 14^e arrondissement), répond à un projet d'amélioration des filières et d'une meilleure répartition de la prise en charge entre la ville et l'hôpital (annexe III).

Les postes de médecins spécialistes ont pour objectif de proposer des solutions graduées. Pour les postes de médecine générale, on distingue deux grands objectifs :

- Éviter des passages aux urgences – en partie pour les patients les plus âgés – qui peuvent être intégrés à une filière gériatrique (hospitalisation directe) ou bénéficier de diagnostic sur leur lieu de vie (télémédecine)
- Réintégrer les personnes les plus vulnérables à des parcours de soins (patients atteints de pathologies infectieuses chroniques (VIH – hépatites), patients en situation précaire, sans médecin traitant et sans couverture médicale)

La CPTS du 13^e arrondissement bénéficie d'une bonne structuration et d'une dynamique déjà ancienne : dès 2011, les professionnels de l'arrondissement se sont réunis pour créer le « pôle santé Paris 13 » sous la forme d'une association à but non lucratif. Animé par un médecin coordonnateur, le réseau de pharmaciens, infirmiers et médecins proposent des visites à domicile, des ateliers thérapeutiques ainsi qu'un programme de concertation et de formation pluri-professionnelle. Le pôle santé Paris 13 s'inscrit dans une démarche collaborative avec certains services de PSL (service de diabétologie, pôle cardio-métabolisme, Pôle 3I : immunité, infection, inflammation).

A l'occasion de la crise des Urgences et des mouvements de grève entamés depuis le mois de mars 2019, une rencontre a été organisée entre l'encadrement du SAU de PSL et l'équipe de coordination du pôle devenu la CPTS du 13^e arrondissement. L'objectif était d'identifier les flux se présentant aux urgences relevant de la petite traumatologie. Pour PSL, sur les 150 à 200 passages journaliers, 24% des passages sont pris en charge par un circuit court, c'est-à-dire correspondent à des soins qui peuvent être effectués sans plateau technique, du côté de la ville.

Cette rencontre a été l'occasion de faire le point sur les capacités d'accueil des effecteurs de soins non programmés présents sur le territoire du 13^e arrondissement : la Maison médicale de garde du 13^e arrondissement, SOS médecins, l'Unité médico-chirurgicales des Peupliers et les Urgences médicales de Paris. Les Urgences médicales de Paris sont un regroupement d'une quarantaine de médecins associés et spécialisés dans les visites non programmées à domicile. SOS médecins a annoncé être dans la capacité de doubler le nombre de soins non programmés et passer, pour l'arrondissement de 20 à plus de 40 prises en charge par jour.

Les effecteurs de soins non programmés offrent donc une véritable piste de réorientation des passages aux urgences aboutissant à un désengorgement rapide des services.

2.3.2 A l'hôpital Tenon, le projet de faire entrer des consultations privées au sein même du SAU

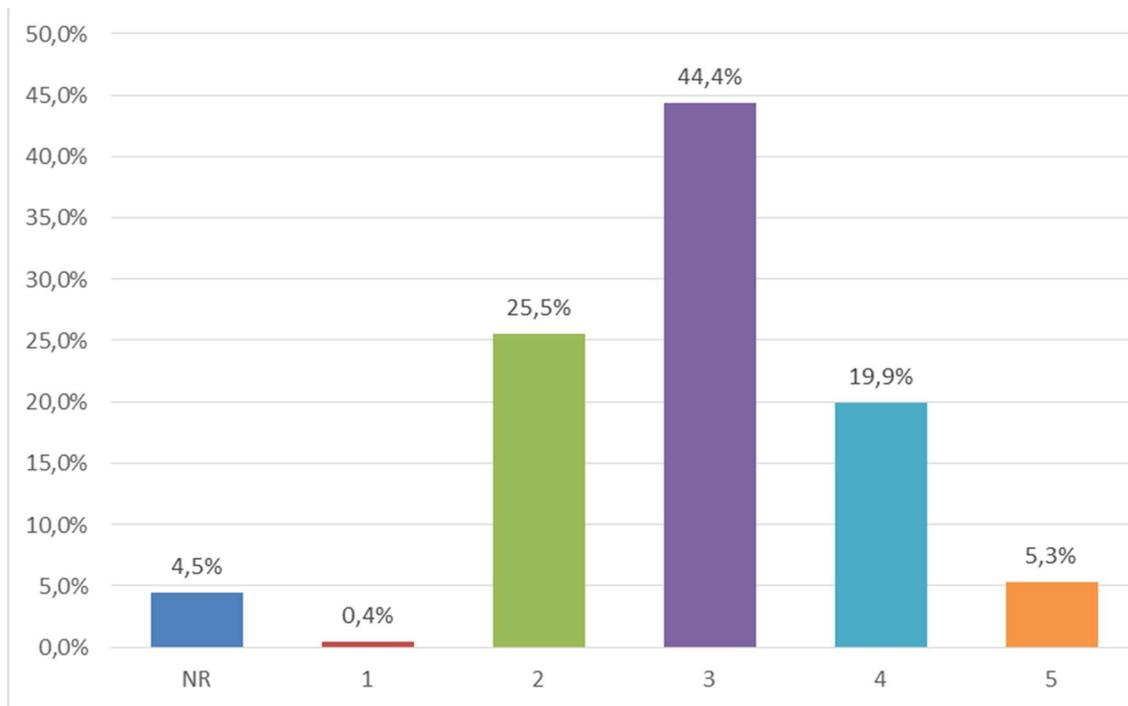
L'hôpital Robert-Debré s'est engagé depuis près de 15 ans dans un partenariat avec le centre médical Europe pour une prise en charge des consultations dites simples, c'est à dire celles qui concernent les cas les moins sévères. Le centre médical assure une présence dans deux boxes à proximité du service des urgences pédiatriques le soir en semaine et le weekend. Ces consultations prennent en charge les cas identifiés comme stables et de faible gravité (CCMU1 ou tri 5 sur l'échelle CIMU) par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). 12 000 passages par an sont ainsi réorientés pour un flux de passages aux urgences approchant 91 000 par an, soit 13% du flux.

Le docteur Hélène Goulet, cheffe de service des Urgences de l'Hôpital Tenon, envisage d'établir un partenariat comparable avec le centre médical Europe, cette fois pour un accueil des urgences adultes. Confrontée à des difficultés de recrutement de médecins urgentistes dans son service, elle propose cette solution pour absorber l'augmentation continue de son activité et éviter une dégradation des temps de passage. Elle souhaite également trouver une solution pour ne pas augmenter le nombre de médecins de garde le weekend. En effet, cette contrainte de garde (les médecins travaillent d'ores et déjà un weekend sur deux) décourage une partie des recrutements potentiels.

Un médecin généraliste, accompagné d'une secrétaire pourrait effectuer une permanence les samedis et les dimanches de 13h à minuit. Chaque patient orienté vers ce dispositif serait alors pris en charge en consultation de ville. Le forfait de permanence des soins ambulatoires serait appliqué à la facturation de chaque consultation (25 euros et 35 euros de supplément). L'engagement de l'hôpital consiste à prêter les locaux et à orienter un flux suffisant de patients vers le dispositif pour que celui-ci soit rentable.

Le nombre de patients transférables vers ce dispositif de médecine de ville est estimé à 25% du flux quotidien. Une extraction du logiciel Orbis permet d'obtenir une répartition des niveaux de gravité (graphique 1).

Graphique 1. Répartition de la sévérité à l'entrée du SAU Tenon (juillet 2019)



Source : AP-HP, extraction Orbis

Si l'on suppose que les passages recensés tri 4 et 5 peuvent être réorientés, on parvient à un taux de réorientation de 25% sur 130 passages soit 30 passages quotidiens.

Ce dispositif ne peut s'inscrire dans la durée que si un nombre suffisant de patients est adressé vers ce circuit alternatif. En particulier, le personnel des urgences devra adhérer à cette démarche pour rendre pérenne la collaboration avec la médecine de ville.

2.4 Les limites à la mise en œuvre des processus d'amélioration

2.4.1 Des limites d'ordre structurel : des habitudes difficiles à changer

Le recours aux urgences est aujourd'hui une ancre dans les pratiques des usagers en France. La possibilité de prises en charge alternatives doit donner lieu à un changement des représentations et des pratiques.

Il est extrêmement difficile d'évaluer et d'anticiper le nombre de passages aux urgences, aussi bien dans le court terme (journées à venir) que dans le long terme (années à venir). Si la fréquentation suit globalement un rythme annuel avec des pics au moment des crises épidémiques (grippe) ou des périodes de forte chaleur (canicule), il reste extrêmement difficile d'anticiper le nombre d'arrivées dans un service. Des études de santé publique présentent les progrès en cours de la surveillance syndromique³² et les applications prédictives de flux. Cependant, le flux des patients aux urgences reste une donnée exogène, un élément subi par les services.

Par ailleurs, les SAU bénéficient ou souffrent d'une réputation qui fait que les patients vont s'adresser à tel service plutôt qu'un autre. Les effets de réputation ou effets d'apprentissage tels qu'observés à partir des zones de chalandise (voir supra) ont un impact sur la fréquentation et sur le niveau de sévérité des patients qui se présentent aux urgences. Les patients ayant déjà été suivis pour une pathologie lourde à PSL ont tendance à se déplacer vers le SAU de ce même établissement pour des soins, alors même qu'il n'existe aucun lien avec la pathologie initialement traitée.

Ces choix et ces habitudes d'usagers sont difficiles à prévoir et également difficiles à influencer.

2.4.2 La tendance à se préoccuper de l'organisation interne et de l'aval plutôt que de l'amont

La grande majorité des projets dont l'objectif est la régulation du flux des urgences se concentre sur des questions d'organisation des services et la gestion de l'aval.

Les services de TNN, PSL et SAT disposent tous d'un circuit court. Pour TNN, le MAO est le médecin qui prend en charge les consultations les plus simples en interne avec

³² Claessens et al. 2008

éventuellement un complément d'examens radiologiques et biologiques. À PSL et SAT, des boxes bien identifiés sont consacrés aux consultations ambulatoires. Une salle d'attente isolée est identifiée pour les patients entrant dans l'unité de circuit court. Depuis juillet 2019, le SAU de SAT a matérialisé le chemin menant du bureau de l'IAO jusqu'à la salle d'attente par des autocollants en forme de pas, permettant aux patients de se rendre sans accompagnement aux salles dédiées à leur prise en charge. Ces mesures ont des résultats visibles et mesurables de manière rapide par les équipes médicales et les équipes de soins et recueillent de ce fait une forte approbation de la part du personnel.

Depuis 2015, les hôpitaux de l'AP-HP ont également investi dans la création de département d'aval des urgences (lits dédiés au désengorgement direct des SAU dans le cadre d'une hospitalisation) et de cellules dédiées à la gestion des lits (bed managers). Les cellules de gestion de lits ont obtenu des résultats très positifs, dans un temps très court. Un des indicateurs est le taux de transfert des patients vers des structures extérieures et en particulier hors AP-HP. La mise en place de cellule de gestion des lits a permis de faire diminuer le taux de transfert et permet donc des gains en matière d'activités. Là aussi, les équipes apprécient les effets de ces réorganisations et la fluidification des flux en interne. Certaines analyses en déduisent que la question de l'engorgement des urgences est une affaire de gestion de l'aval et que les passages inutiles sont un faux problème.

Pour convaincre de la pertinence du projet de réorientation, il faut montrer la plus-value de ce dispositif sur les projets déjà engagés et garantir la réussite de son expérimentation.

3 Des actions pour rendre possible la réorientation et inciter à l'expérimentation du forfait à l'échelle du GHU

Selon J.Y. Grall³³, la question des soins non programmés doit être traitée par la mise en place d'un réseau territorial d'accès aux soins. Il propose de faire évoluer le concept de permanence des soins, vers la notion de pérennité des soins. Cette pérennité des soins reposerait sur un réseau de médecins de ville mais aussi sur des structures spécifiques comme les centres de soins non programmés ou immédiats.

Pour Paris et son territoire spécifique et hors GHT, il faut prendre en compte la forte densité de population et des acteurs de santé. Les établissements de l'AP-HP offrent un terrain d'expérimentation et d'innovations qui pourraient s'inspirer des pratiques ayant fait leur preuve. Il s'agit donc de présenter des actions tout en neutralisant les risques afférents à la mise en place des nouveaux dispositifs.

3.1 Diminuer les risques financiers : une refonte globale du financement semble nécessaire

3.1.1 La perte de recettes en cas de réorientation de patients peut être neutralisée

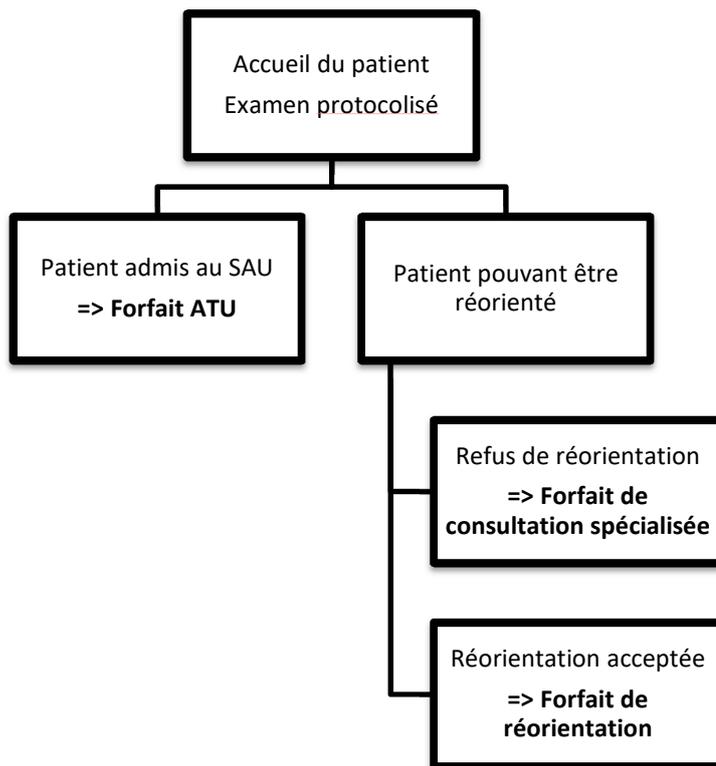
La mise en place du forfait est un dispositif qui se veut neutre financièrement. Afin de ne pas pénaliser les établissements par une perte de recettes, le dispositif prévoit différentes modalités selon l'orientation choisie par et pour le patient. Le montant du forfait devra couvrir la perte correspondant à la non prise en charge du patient si l'établissement ne perçoit plus le forfait ATU ainsi que les surcoûts en matière de tri et d'orientation.

La réorientation sera proposée uniquement après un examen protocolisé identifiant la possibilité de prise en charge en médecine de ville sans examen supplémentaire, le patient conservant le droit de refuser cette réorientation. La réorientation donnera lieu à la perception du forfait par l'hôpital pour un montant restant à fixer, jusqu'ici annoncé entre 20€ et 60€.

L'expérimentation du forfait peut donner lieu à différents circuits de prise en charge (schéma 1.)

³³ Grall, 2015

Schéma 1. Les différents circuits de prise en charge en cas d'expérimentation du forfait



Le patient, s'il est réorienté en ville, sera considéré comme respectant le parcours de soins coordonnés et ne sera donc pas pénalisé. Il pourra toutefois refuser la réorientation et sera alors pris en charge aux urgences. L'établissement percevra alors non plus le forfait d'accueil et de traitement aux urgences (ATU) mais un forfait de consultation spécialisée, ce qui permet d'assurer le financement global du dispositif.

Comme il ne s'agit pas de faire renoncer aux soins mais de proposer la solution la plus adaptée, le risque financier peut être neutralisé si l'on réoriente une partie des patients non pas vers la ville, mais vers d'autres services hospitaliers. L'ouverture de consultations externes pour lesquelles on pourrait favoriser la prise de rendez-vous ou la création d'un centre médical de soins immédiats attenant au SAU peuvent retenir notre attention. Cette réorganisation diminue la charge de travail pesant sur les urgentistes remplacés par des médecins généralistes voire du personnel paramédical, tout en développant un potentiel de nouvelle activité. En outre, il permet d'améliorer la prise en charge des patients en diminuant le temps d'attente.

Le CHU de Bordeaux a réalisé en 2002 une étude d'impact potentiel pour le projet d'installation d'une maison médicale de garde (MMG). L'étude s'est fondée sur une fréquentation prévisionnelle de huit patients adultes par soirée et 60 patients le weekend –

soit des hypothèses basses. Ce nombre de patients ne représente que 7% des admissions du SU mais pourrait entraîner, selon leurs simulations, jusqu'à 1 million d'euros de recettes. Pourtant, cette perte de recettes peut être, selon l'étude, en grande partie compensée par les réorientations vers des consultations externes, des hospitalisations secondaires et du réorientation immédiate vers le SU d'une partie de patients faussement adressés vers la MMG. Toujours d'après ces estimations, l'équilibre financier pourrait être atteint si 13% des patients accueillis dans la MMG étaient réorientés vers le SAU, si 6,5% de l'ensemble des patients consultant étaient hospitalisés immédiatement ou secondairement, et si la structure pouvait avoir 30% de fréquentation supplémentaire.

En tout état de cause, le risque financier donne lieu à une remise à plat des organisations et demande un accompagnement financier incitatif à la mise en place. Le forfait est une des modalités de financement à envisager mais n'est pas l'unique solution.

3.1.2 La réforme des modes de financement semble un accompagnement nécessaire

En 2017, la Commission des affaires sociales du Sénat³⁴ recommandait la création d'un forfait de réorientation à condition qu'il soit associé à deux autres modalités de financement : conserver un financement mixte activité/forfait et moduler la part à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et de la technicité des actes réalisés. Cette modulation des forfaits permettrait de ne pas décourager les services qui souhaiteraient se concentrer sur la prise en charge des patients classés au degré 3, 4 et 5 de la CCMU, c'est-à-dire sur les cas de sévérité les plus aigus.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale en 2018, Olivier Véran propose de moduler les forfaits pour valoriser la prise en charge des cas des plus complexes, donc plus coûteux. Quatre forfaits pourraient être accordés :

- 1- accueil / réorientation
- 2- consultation / soins locaux
- 3- actes de biologie /imagerie standard
- 4- consultation / soins sous anesthésie

De façon à anticiper ces réformes, une enquête nationale sur les coûts constatés dans les SU permettrait une meilleure évaluation de l'adéquation des financements aux coûts et d'envisager le redéploiement vers des prises en charge en ville sans risque financier.

³⁴ Cohen, Génisson et Savary, 2017

3.2 Diminuer les risques de désorganisation des services : faire accepter la réorientation.

Le dispositif de forfait de réorientation ne peut trouver de pérennité que si une large proportion des patients identifiés pour entrer dans le dispositif accepte la réorientation.

3.2.1 Assurer le suivi de la réorientation

Les travaux de Gentile *et al.*³⁵, reposant sur une enquête réalisée au CHU de Marseille, évaluent les raisons d'un refus de réorientation. Pour les auteurs, trois critères contribueraient à l'acceptation de la réorientation :

- La garantie d'une prise en charge alternative (23,5%)
- La proximité de la structure vers laquelle le patient est réorienté (23,5%)
- L'accord du médecin des urgences (17,6%).

Afin de favoriser l'acceptation de la réorientation et diminuer au maximum le taux de refus, il conviendrait de respecter trois critères :

- Donner les informations précises et diffuser des documents écrits rappelant les modalités de prise en charge alternative (par exemple le plan d'accès à la maison médicale de garde et les horaires d'accueil pour les soins non programmés)
- Favoriser les solutions les plus proches ou les plus faciles d'accès : un trajet trop long ou trop compliqué est un facteur de découragement pour le recours aux soins.
- Assurer l'expertise du choix de réorientation : ce point est certainement le plus difficile à trancher dans la mesure où la réorientation ne serait advenir après avis médical. En effet, si la réorientation devait nécessiter un diagnostic médical, elle correspond plutôt à la mise en place d'un circuit de consultations rapides, c'est-à-dire d'un circuit court dirigé par un MAO.

Une façon de sécuriser l'expérimentation de la réorientation peut consister à soumettre le versement du forfait à la condition qu'un rendez-vous ait été pris de façon directe par le personnel des urgences. Il faut alors garantir des outils de planification communs et faciles à utiliser. L'application Doctolib est actuellement la solution de prise de rendez-vous la plus partagée. Un document d'informations téléphoniques à distance pourrait également être

³⁵ Gentile et al. 2009

remis à chaque patient non admis de façon à lui garantir un moyen rapide de reprise de contact avec le SAU.

Le développement d'outils de suivi et la capacité des services à assurer la traçabilité des cas de réorientation est une étape qui semble nécessaire à la mise en place dans sa phase expérimentale du forfait de réorientation.

3.2.2 Faire accepter la réorientation au plus grand nombre de patients

Selon la même étude, les caractéristiques du patient acceptant la réorientation seraient :

- d'avoir une activité professionnelle,
- de moins bénéficier de la CMUC que la moyenne
- de présenter un niveau d'urgence ressenti inférieur à la moyenne.

Les patients susceptibles d'accepter la réorientation sont donc des patients bénéficiant plutôt d'une bonne couverture de soins, dont la demande de soins peut être reportée sans grande difficulté due à la douleur ressentie. Ces patients représenteraient un public cible pour la réorientation puisqu'après proposition, on observe au sein de cette population le plus faible taux de refus.

Ces résultats montrent aussi que ces patients pourraient facilement renoncer « par eux-mêmes » à se rendre dans un SAU. Le patient n'est pas seulement consommateur mais peut aussi être acteur au sein du système de soins. Responsable et mieux informé, le patient est prêt à faire des choix et à reporter lui-même certains soins pour trouver la réponse la plus adaptée à sa demande. La réussite d'un dispositif de réorientation repose sur la capacité à informer le patient et à changer, sur le long terme, sa perception du rôle des urgences et de la pertinence de se présenter dans un SAU. Cette dimension pédagogique est fondamentale de manière à accompagner une évolution du système tel qu'il existe à l'heure actuelle³⁶.

Les campagnes d'information menées par l'ARS, basée sur des slogans tel que « les urgences, à consommer avec modération » vont dans le sens de cette sensibilisation du patient à ne pas avoir un recours systématique aux urgences. La simplification des numéros d'appels d'urgence et la généralisation d'un numéro de téléphone unique sont aussi des

³⁶ Ramé-Mathieu, 2014

préconisations qui permettent d'accompagner le grand public et de permettre au plus grand nombre d'accéder aux bons conseils d'orientation.

A partir d'un nouveau dispositif mis en place début 2019, la sécurisation médicale d'une réorientation des patients peut être envisagée avant même leur arrivée au SAU. Les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ont créé une plateforme téléphonique ((numéro d'appel 116 117) à destination des patients qui souhaitent se rendre aux urgences. Ces derniers se trouvent directement en relation avec un médecin régulateur qui leur trouve un rendez-vous afin qu'ils soient plus rapidement pris en charge dans un cabinet plutôt qu'il ne se rende aux urgences inutilement. Le docteur Guilaine Kieffer-Desgrippes, médecin généraliste à Strasbourg participant à ce dispositif, se donne pour objectif de changer les habitudes³⁷ :

« [Ce numéro] devrait générer un nouveau réflexe qui est de ne pas se rendre aux urgences avant d'avoir appelé. On comprend bien l'angoisse des parents, des gens qui souffrent, mais la plupart du temps, ce ne sont pas de vraies urgences ».

3.3 Diminuer les risques médicaux : faire de la réorientation l'occasion d'une prise en charge mieux ciblée

3.3.1 Proposer une optimisation des flux entre SAU du même GH

L'idée de réorienter les patients se présentant aux SAU vers d'autres services hospitaliers est une façon de réduire les pertes financières. Il s'agit également d'un moyen de réduire les risques médicaux, à savoir les abandons de soins, les reports prolongés de prise en charge.

Avant d'envisager la création de nouveaux services, il est possible d'optimiser les ressources existantes. Par exemple, chaque SAU, selon ses compétences en interne et son projet médical, pourrait faire le choix de prendre en charge une typologie spécifique de patient.

Deux types de coordination sont envisageables : par spécialité ou par sévérité.

³⁷<https://www.europe1.fr/sante/strasbourg-une-plateforme-telephonique-pour-desengorger-les-urgences-3876521>, consulté le 08/09/2019

a. Coordination par spécialité

Le GH bénéficie déjà de plusieurs services d'urgences spécialisées (tableau 3).

Tableau 3. Services d'urgences par sites du GH AP-HP Sorbonne Université

Site	Existence d'un SAU	Urgences spécialisées
Tenon	Oui	Urgences néphrologiques et transplantation rénale, urgences maternité et gynéco
Saint Antoine	Oui	SOS mains
Rothschild	Non	UCORE : Unité Cellule d'Urgence médico-psychologique
Armand Trousseau	Non	Urgences pédiatriques, urgences maternité et gynéco
PSL	Oui	Urgences cérébro-vasculaires, urgences dentaires, urgences maternité et gynéco

Ces urgences spécialisées permettent une prise en charge pour des soins spécifiques que ce soit selon le patient (urgences pédiatrique et maternité –gynéco) ou le type de pathologie (urgences psychiatriques, dentaires, néphrologiques et transplantation rénale, cérébro-vasculaires, SOS mains).

Il s'agit de questionner et renforcer la répartition des urgences spécialisées au sein du GH, de renforcer le rôle des filières et de permettre la structuration des transferts d'un établissement à l'autre.

Un travail de réorganisation des filières pourrait être mis en place. L'objectif serait d'orienter au mieux et au plus vite les patients vers le type d'accueil qui lui est dédié de manière à faciliter les entrées directes. Il n'est pas nécessaire de rentrer dans les services dits « généraux » pour ensuite devoir être transféré dans le service le plus adéquat.

Une des mesures prioritaires consisterait à développer un service d'urgences gériatriques. Les personnes âgées sont aujourd'hui les personnes avec le plus grand nombre d'entrées au SAU. Ce sont des personnes particulièrement vulnérables qui souffrent des temps d'attente et des conditions d'accueil parfois inconfortables (attente en brancard). À l'image des urgences pédiatriques, les urgences gériatriques permettraient de créer un circuit dédié aux personnes âgées.

Un tel type d'accueil pourrait être expérimenté dans un premier temps à l'hôpital Charles Foix, spécialisé en gériatrie. Néanmoins, le succès de ce dispositif pourrait être facilité par une expérimentation dans un des SAU de Paris intramuros. La collaboration des pompiers et des SAMU dans l'orientation précoces des patients les plus âgés viendrait accompagner le bon fonctionnement de ce dispositif.

Une réflexion pourrait aussi être engagée sur l'accueil des patients atteints de pathologies chroniques, adressés à tort aux urgences. Cet adressage a souvent pour but de favoriser un accès privilégié aux examens via le plateau technique. Il serait important de favoriser la planification de la prise en charge de ces patients en communiquant sur des accueils dédiés aux plages horaires élargies. En ce sens, l'hôpital Tenon s'apprête à accueillir deux conseillères appartenant au réseau PRADO qui travaille à un meilleur suivi des patients après hospitalisation dans leur retour à domicile. Les professionnels PRADO peuvent venir répondre à des préoccupations de patient par téléphone ou à domicile, évitant un passage aux urgences inapproprié.

Enfin, la filière dentaire pourrait être développée dans la mesure où les douleurs dentaires restent un des motifs principaux d'arrivée aux urgences.

b. Coordination par sévérité

Une autre structuration du réseau des urgences consisterait à réorienter les patients vers des services selon le niveau de sévérité des cas constatés. Il s'agit de développer une prise en charge personnalisée suivant la nature des soins à apporter.

L'exemple du projet BOOSTER³⁸ (Brain cLOt persOnalized therapeutic Strategies for sTroke Emergent Reperfusion) illustre les avancées médicales en matière de diagnostic et de mesure de la gravité des cas. Pour l'accident vasculaire cérébral (AVC), la stratégie consiste à analyser les caractéristiques biologiques et radiologiques du caillot et d'en déduire, grâce à un système prédictif le traitement le plus approprié. À l'aide de diagnostic précoce, les niveaux de prise en charge peuvent être adaptés, et la meilleure orientation choisie pour chaque patient. Suivre cette perspective revient à vouloir diminuer le risque de pertes de chance et à optimiser le niveau de prise en charge.

³⁸ Le consortium BOOSTER, coordonné par l'AP-HP, regroupe des équipes médicales (Fondation A. de Rothschild, Hôpital Lariboisière, Hôpital Foch, CHU de Caen, et FHU de Lyon), des équipes de recherche (Inserm et Hospinomics) et des industriels (Stago, Balt, Sensome et Acticor).

3.3.2 Identifier et structurer toutes les modalités alternatives de prise en charge

En matière de soins non programmés et de solutions alternatives aux urgences, il ne peut exister de modèle unique. En France et à l'étranger, des solutions alternatives à l'accueil aux urgences ont été envisagées et expérimentées pour la prise en charge des soins non programmés. A partir de chacune de ces expérimentations, il est possible de proposer des pistes d'actions à travailler pour drainer les flux de patients en demande de SNP.

a. Les coopératives de généralistes³⁹

Aux Pays-Bas, des réseaux de médecins libéraux, appelés coopératives de généralistes ont vu le jour. Les coopératives sont joignables à partir d'un numéro unique par région, celui-ci donnant accès à un entretien avec une infirmière de triage. A partir de cette consultation téléphonique, les patients sont orientés de manière adéquate vers le médecin disponible et éventuellement spécialisé. Des chauffeurs sont également mis à disposition pour les déplacements.

Pistes d'application :

A l'heure actuelle, les personnels des urgences ont peu de liens au quotidien avec la médecine de ville. Ils ont parfois accès à des listes de médecins généralistes, mais ces listes ne sont pas systématiquement mises à jour, ni utilisées selon un protocole d'accueil.

Afin de densifier les liens entre la ville et l'hôpital ce qui faciliteraient les bonnes orientations et les réorientations de patients, on peut prévoir de :

- Poursuivre et développer les projets de coopération ville-hôpital et augmenter le nombre de praticiens en poste partagé.

b. Des accueils publics pour la petite traumatologie : les *walk-in centers*⁴⁰

Les *walk-in centers* au Royaume-Uni ou *walk-in clinics* dans sa traduction étasunienne, sont des structures publiques de prise en charge de petite traumatologie. A l'initiative du *National Health Service*, ces structures sont des services d'accueil qui viennent compléter le système de santé de manière à désengorger les services d'urgences (Accidents and emergencies) dédiés aux cas les plus sévères.

³⁹ Uden, 2005

⁴⁰ Salisbury et Munro, 2003

Les *same day health centers* relèvent de cette même politique publique qui vise à la fois à la gradation de la prise en charge et à une meilleure réponse à la demande de soins non programmés.

Dans les pays anglo-saxons, il existe une vraie rupture entre ce qui relève de l'urgence « vraie » et les prises en charge de proximité. Si la médecine d'urgence est devenue la vitrine pour beaucoup d'hôpitaux américains, le personnel des *walk-in clinics* n'est pas spécifiquement formé à la médecine d'urgence. Ces structures s'apparentent à des services de soins, et ne sont pas des lieux où peuvent se réaliser des diagnostics.

Pistes d'application :

- Développer la prise en charge de la petite traumatologie par des structures de proximité – publique ou privée
- Envisager la création d'un centre médical de soins immédiats afin de soulager le SAU tout en développant l'activité (augmentation du nombre de passages sur le moyen terme)

c. Le Fast track (Etats-Unis)⁴¹

Il s'agit ici encore de la prise en charge de la petite traumatologie, coupure, morsures de chiens, brûlures, réactions allergiques. On est dans le domaine de ce qui est vulgairement appelé la « bobologie ». L'intérêt du *fast track* est qu'il s'apparente à une prise en charge non médicale rapide des patients se présentant aux urgences. La plupart des soins relèvent de soins infirmiers et peuvent être pris en charge par des circuits courts voire très courts.

Pistes d'application :

- Poursuivre la mise en place des filières courtes, des filières spécialisées (gériatrie, pédiatrie, PASS)

La prise en charge de ces patients pour des soins sans complications et souvent rapides vont dans le sens d'une gradation des financements et la création d'un forfait adaptée à une consultation simple suivi de soins locaux.

⁴¹ Sanchez et al., 2006

d. Les entrées directes ⁴²

L'ANAP a fait état des bonnes pratiques en matière des filières d'entrées directes sans passage aux urgences. Elle reprend notamment l'exemple de l'Hôpital Européen G. Pompidou qui a développé ce type de filière pour les patients souffrant de douleurs thoraciques. A Niort, un guichet unique de gériatrie a été mis en place avec une ligne dédiée. Celle-ci a été communiquée aux médecins généralistes, aux ehpad et aux infirmières libérales afin qu'ils puissent solliciter une entrée directe.

Pistes d'application :

- Favoriser les entrées directes sans passage aux urgences, en particulier sur les filières de gérontologie par la mise en œuvre de partenariats avec les médecins généralistes et les ehpad. Les postes partagés ville-hôpital spécialisés en gérontologie doivent aller dans ce sens.
- La présence de bed managers (cellules de gestion de lits à TNN SAT et PSL) permet d'augmenter les possibilités d'hospitalisation directe. Le personnel spécialisé en gestion des lits acquiert une expertise et un réseau qui lui permet d'identifier en amont les personnes relevant d'une hospitalisation directe. L'association des bed managers aux staffs et leur réelle implication dans la vie des services tend à améliorer leurs résultats sur ces questions de gestion non seulement de l'aval mais aussi de la bonne orientation précoce des patients en amont.

e. Le retour des médecins à domicile : les Uber médecins ⁴³

Quasiment disparue depuis 20 ans, l'offre de visites à domicile est en recrudescence aux Etats-Unis. Cette offre de soins s'adapte aux possibilités de prise de rendez-vous par l'intermédiaire de plateformes numériques et d'applications sur téléphone mobile de type Uber.

Pistes d'application :

- Diffuser de solutions numériques type Doctolib pour faciliter l'accès aux rendez-vous
- Développer les conventions / collaborations avec les effecteurs de soins non programmés et en particulier les associations de médecins libéraux rendant visite à domicile (cf SOS médecins, les Urgences médicales de Paris)

⁴² ANAP, 2017

⁴³ Catala, 2015

Conclusion

Envisager la mise en place d'un forfait de réorientation pour canaliser le flux des patients aux urgences revient à adopter une perspective pragmatique pour discuter d'une question extrêmement complexe et beaucoup plus large.

L'observation des SAU du GH AP HP Sorbonne Université, la rencontre et l'expertise de leurs équipes médicales, paramédicales et administratives permettent d'apporter un point de vue concernant l'hypothèse de réorientation des patients non urgents.

Parce qu'il répond à des pratiques de réorientation déjà expérimentées et qu'il permettrait de sécuriser des équipes qui procèdent d'ores et déjà à des tris, le forfait viendrait conforter de façon qualitative les circuits de réorientation. Il permettrait la reconnaissance d'un travail d'information, de communication et de conviction à l'égard des patients qui doivent être accompagnés dans leur parcours vers la structure la plus adéquate de prise en charge. Il permettrait enfin la reconnaissance des liens établis entre les services d'urgence et les dispositifs alternatifs : PASS, urgences spécialisées et structures de ville.

La mise en place du forfait équivaut aussi à accepter de changer les représentations des patients concernant les SAU. À Paris et dans les établissements où les SAU sont considérés comme des services embolisés, les urgences ne peuvent plus être la solution de premier recours aux demandes de soins non programmés. Les SAU n'ont pas les moyens et n'ont pas vocation à absorber les déficiences à la structuration de la permanence des soins. Il s'agit de sortir du cadre cloisonné ville-hôpital et d'aller vers une meilleure gradation des soins. L'idée est de redonner aux services d'urgence ce qui relève de son action d'origine à savoir les soins aigus et l'urgence vitale, et à la proximité les soins de moindre gravité et non programmés.

Pour toutes ces raisons, le forfait de réorientation mérite d'être expérimenté et pourrait être une partie de la réponse à la demande non résolue des soins non programmés. Le forfait de réorientation nous offre alors l'occasion d'engager des réformes de fond, en particulier sur la question du financement. Il ne pourra être fait l'impasse de décisions pour réformer un système de financement aujourd'hui inadapté.

Aujourd'hui, la crise des SAU et l'enlisement des situations de grève dans près d'un tiers des SAU du secteur public n'offre pas un terrain des plus serein pour réinterroger les missions de chacun, de proposer de nouvelles fonctions au personnel d'accueil. Il sera néanmoins nécessaire, aussitôt que sera rendu le rapport Mesnier - Carli cet automne,

d'inscrire à l'agenda politique les réformes nécessaires au bon fonctionnement des urgences.

La ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn s'est exprimée le 26 août sur la situation des états de grève et a réaffirmé sa volonté de réformer en profondeur l'organisation des accueils d'urgence, tel que cela a déjà été fait dans de nombreux pays. Cette référence à l'étranger va dans le sens de notre démarche comparative et démontre que les perspectives de réformes sont encore largement ouvertes. La Ministre a également souligné l'importance de la structuration de l'amont mais en donnant pour exemple la possibilité de la mise en place d'un numéro unique d'orientation consultable pour tous les patients souhaitant se rendre aux urgences. Le forfait de réorientation ne saurait pourtant être oublié et pourrait, dans ce cadre, le levier tant attendu pour un nouveau mode d'organisation et de financement.

Bibliographie

ANAP (2017), Restitutions du 1er cercle thématique Urgences “Les urgences, ce n’est pas systématique”.

Berraho M., Boly A., Tachfouti N., Elmajjaoui A. et Nejari C. (2012), « Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43, n°3, pp. 197.

Carli P. (2013), *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l’hospitalisation des patients en provenance des services d’urgences*, rapport public, Conseil national de l’urgence hospitalière (CNUH).

Carret M.L.V., Fassa A.C.G. et Domingues M.R. (2009), « Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors », *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 25, n°1, pp. 7-28.

Catala I., (2015), « Après les Uber taxis, les ‘Uber médecins’ aux Etats-Unis », *Medscape* (en ligne)

Cheron M. et Varaine J. (2018), « Forfait de réorientation des urgences : Quels impacts pour les structures saturées et pour celles en sous-activité ? », *Finances hospitalières*, n°130, pp. 20-23.

Claessens Y. *et al*, (2008), « Services d’urgence : observatoires de santé publique », *Réanimation*, vol 17, n°8, pp 807-815

Cohen L., Génisson C. et Savary R.-P. (2017), *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé, rapport d’information de la commission des affaires sociales*, n°685, Sénat.

Cour des comptes (2019), « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », rapport public annuel, Annexe 6.

Dong S.L. (2006), « Reliability of Computerized Emergency Triage », *Academic Emergency Medicine*, vol. 13, n°3, pp. 269-275.

Evin C. (2014), « La place des urgences dans le dispositif de recours aux soins », Actes du colloque « Les urgences : un symptôme des changements de la société » - Chaire santé de Sciences-po.

Finchelstein G. (2014), « Sociologie de l'urgence dans la société française contemporaine et l'avènement de l'urgence », Actes du colloque « Les urgences : un symptôme des changements de la société » - Chaire santé de Sciences-po.

Gentile S., Durand A.-C., Vignally P., Sambuc R. et Gerbeaux P. (2009), « Les patients 'non urgents' se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 57, n°1, pp. 3-9.

Georges-Tarragano C., Pierru F., Celeyran F.T. de, Mechali D. et Rochefort J. (2013), « Surcharge et engorgement des urgences ? : la réponse durable du modèle des Pass », *Les Tribunes de la santé*, vol. 39, n°2, pp. 87-95.

Grall D.J.-Y. (2015), *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, rapport ministériel, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Jobé J., Ghuysen A., Gérard P., Hartstein G. et D'Orio V. (2014), « Reliability and validity of a new French-language triage algorithm : the ELISA scale », *Emergency Medicine Journal*, vol. 31, n°2, pp. 115-120.

Lacroix M.-C. et Borgès Da Silva R. (2018), « Les ordonnances collectives et la qualité des soins au triage des urgences : synthèse des connaissances », *Santé Publique*, vol. 30, n°1, pp. 83-93.

Oredsson S. *et al.* (2011), « A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in Emergency Departments », *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol. 19, n.43

Ramé-Mathieu P. (2014), « Urgences et politiques de santé : les coûts et les services rendus », Actes du colloque « Les urgences : un symptôme des changements de la société » - Chaire santé de Sciences-po.

Raven M.C., Lowe R.A., Maselli J. et Hsia R.Y. (2013), « Comparison of Presenting Complaint vs Discharge Diagnosis for Identifying “Nonemergency” Emergency Department Visits », *JAMA*, vol. 309, n°11, pp. 1145-1153.

Robertson-Steel I. (2006), « Evolution of triage systems », *Emergency Medicine Journal*, vol. 23, n°2, pp. 154-155.

Salisbury C. et Munro J. (2003), « Walk-in centres in primary care : a review of the international literature », *British Journal of General Practice*, vol. 53, n°486, pp. 53-59.

Samu - Urgences de France (SUDF) (2015), *Livre blanc. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir*.

Sanchez M., Smally A.J., Grant R.J. et Jacobs L.M. (2006), « Effects of a fast-track area on emergency department performance », *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 31, n°1, pp. 117-120.

Société française de médecine d'urgence (2004), *Référentiel infirmière d'accueil et d'orientation*, Recommandations formalisées d'experts.

Société française de médecine d'urgence (2013), *Le triage en structure des urgences*, Recommandations formalisées d'experts.

Steg A. (1993), *Rapport sur la médicalisation des urgences*, rapport public, Commission nationale de restructuration des urgences.

Uden C.J.T. (2005), « The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: The maastricht integrated out-of-hours service », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, n°7, pp. 612-617.

Urlacher P. (2016), *Epidémiologie descriptive des patients non admis aux urgences du CHU de Nante*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Médecine humaine et pathologie, faculté de médecine, Université de Bordeaux

Widgren B.R. et Jourak M. (2011), « Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): A New Protocol in Primary Triage and Secondary Priority Decision in Emergency Medicine », *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 40, n°6, pp. 623-628

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : Mission ARS sur les soins non programmés

Annexe 3 : Les postes de médecins à temps partagés sur le GH :

Index des tables et illustrations

Annexe 1

Liste des personnes rencontrées :

- Asséna Bouhaddou, cadre de santé du SAU de la Pitié Salpêtrière
- Florence Bonnet, cadre de santé du SAU de l'Hôpital Saint Antoine
- Pr Pierre Hausfater , chef de service du SUA de la Pitié Salpêtrière
- Dr Erwan Debuc, chef de service du SAU de l'Hôpital Saint Antoine
- Dr Hélène Goulet, chef de service du SAU de l'Hôpital Tenon
- Rolando Leiva, assistant de recherches Ecole d'économie de paris - Hospinnomics
- Dr Thi Eida Bui Phan, médecin à la Policlinique Baudelaire de l'Hôpital Saint-Antoine
- Anaëlle Couturier, cadre administrative du département médico universitaire
DEMIURGE
- Lucie Hamon, responsable de la synthèse budgétaire
- Sophie Fernandes, conseillère en organisation de l'Hôpital Tenon
- Victor Vacher, contrôleur de gestion - GH AP HP Sorbonne Université
- Hélène de Bonnières, directrice adjointe des affaires et ressources humaines
médicales

Annexe 2

Mission ARS sur les soins non programmés

L'Agence régionale de santé Île-de-France a confié une mission au Dr Georges Siavellis (URPS médecins libéraux Île-de-France) et au Dr Patrick Pelloux (ARS/AP-HP) afin d'identifier, favoriser et promouvoir les initiatives qui permettent de répondre aux demandes de soins non programmés des patients.

Cette mission comportera trois volets :

1. Enquêtes et observations

- Réalisation d'un état des lieux des soins non programmés : volume des demandes, types de réponses proposées aux patients côté ville et côté hôpital en termes d'organisation, territoires en carence.

2. Expérimentations

- Accompagner les expérimentations visant à une meilleure prise en charge des SNP, à une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital, définir les modalités pour améliorer l'accès aux SNP spécialisés (p.ex. cardiologie, ophtalmologie)...

3. Recommandations

- Proposer des modèles de valorisation de la participation des médecins libéraux aux SNP, concevoir les modalités d'accès régulé (téléphonique ou autre) des patients à leur prise en charge.

D'ici la remise du rapport au Directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France, toutes les initiatives ou innovations pourront être testées afin de valider les recommandations qui y figureront.

Les objectifs de la mission soins non programmés en Île-de-France sont les suivants :

- de qualifier les appels relevant des SNP auprès des services de régulation médicale et décrire les parcours qui s'en suivent ;
- de réfléchir aux modalités d'accès régulés (téléphonique ou autre) s'agissant des SNP ;
- de décrire au travers d'une enquête les modalités de prise en charge des SNP des médecins libéraux et plus généralement de ville, en y incluant les Centres de Santé

ainsi que les autres organisations territoriales comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) existantes, et d'en étudier leurs disponibilités à participer à une organisation territoriale en lien avec les différents acteurs ;

- de dresser un état des lieux des prises en charges des SNP dédiées sur des points fixes existant déjà par territoire ;
- d'accompagner des expérimentations de dispositif de prise en charge des SNP sur 4 à 5 territoires de coordination locale ;
- d'aider l'Agence Régionale de Santé et ses partenaires dans la réorganisation de l'offre de SNP en cas de restructuration hospitalière, notamment en cas de fermeture d'un service d'accueil des urgences (par exemple : une réorganisation en cours GH Nord Essonne, ou à distance d'une réorganisation Pontault Combault) ;
- de modéliser les articulations possibles des dispositifs de SNP avec les plateaux techniques (biologie et imagerie), en articulation avec les professionnels de ville ;
- d'identifier les territoires en carence en SNP afin d'établir des diagnostics et plans d'actions partagés ;
- de réfléchir sur le modèle de valorisation de la participation des médecins libéraux aux SNP – régulateurs / effecteurs, avec une vigilance sur l'égalité de traitement entre les dispositifs ;
- d'étudier les modalités d'articulation et de coordination avec les dispositifs et les associations de PDSA existantes ;
- de mener des réflexions sur les modalités d'amélioration de l'accès aux SNP spécialisés et expérimenter ces principes sur quelques spécialités (cardiologie et/ou ophtalmologie par exemple).

Annexe 3

Les postes de médecins à temps partagés sur le GH :

Pitié Salpêtrière	
Structure de ville impliquée	Projet et résultats attendus
CPTS 13 ^e et 14 ^e arr.	Projets de médecine générale « équipe mobile » de gériatrie, pour le suivi des patients de 75ans et plus hospitalisés dans un service de médecine / dans un service de chirurgie de la Pitié Salpêtrière, après passage aux urgences => éviter le passage aux urgences / l'hospitalisation, lutter contre la dépendance iatrogène, anticiper la sortie
CPTS 13 ^e – 14 ^e arr.	CEGIDD (Centre gratuit de dépistage et de diagnostic VIH et infections sexuellement transmissibles) => renforcer les partenariats et actions hors les murs déjà existants, permettant de réintégrer les patients dans des parcours de soins (cible = patients précaires, sans médecin traitant)
Maison du Chemin Vert (11 ^e arrondissement)	Définition d'un parcours ville-hôpital pour les patients atteints de pathologies infectieuses chroniques (VIH – hépatites), dans le cadre d'une coopération déjà ancienne avec la Maison du Chemin Vert
CMS Arcueil	Gériatrie Charles Foix => éviter les passages aux urgences, anticiper la sortie, développer les liens ville / hôpital, développer télémedecine en gériatrie
Centre de santé Edison (13 ^e arrondissement)	Rhumatologie => Renforcer l'offre de rhumatologie de ville (consultations secteur 1) et améliorer la prévention et la prise en charge des fractures de fragilité (consultations post urgences, unité de liaison post fracture au SAU, en orthopédie, UPOG et gériatrie,..)
Institut Coeur Paris Centre	Maladies systémiques => Parcours de prise en charge des pathologies thrombo-emboliques veineuses complexes vues en ville et qui requièrent des compétences hospitalières en appui

Tenon	
Réseau de soins HumanEst (20 ^e arrondissement)	Pneumologie Circuit de prise en charge gradué entre la ville et l'hôpital et soins de support pour les patients atteints d'un cancer du poumon
Centre de santé Marie-Thérèse (20 ^e arrondissement)	Pneumologie Plateforme de prévention et dépistage précoce des maladies respiratoires permettant d'améliorer l'orientation du patient (offre graduée entre ville et hôpital) : consultation de dépistage et de prévention / accès facilité pour les pathologies pulmonaires urgentes
Institut Alfred Fournier	Endocrinologie clinique et de la reproduction Circuit de prise en charge ville / hôpital de la transidentité de genre (évaluation et prise en charge initiale à l'hôpital) / suivi chronique en ville)

SIGAUD FILS

Mathilde

Octobre 2019

DH

Promotion 2019

Répondre à la demande de soins non programmés : quelle opportunité pour la mise en place d'un forfait de réorientation aux urgences ?

L'exemple des SAU du GH AP-HP Sorbonne Université :
Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine et Tenon

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Chaire Hospinomics - PSE-Ecole d'économie de Paris

Résumé :

Le forfait de réorientation est un dispositif financier, proposé dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2019, visant à trouver une solution à l'engorgement chronique des services d'urgence dans un contexte social tendu.

En effet, une partie des patients qui se présentent actuellement aux urgences pourraient reporter leurs soins et relèvent plus de la demande de soins non programmés.

En prenant pour terrain d'étude les trois services d'urgences adultes du GH AP HP Sorbonne université, actuellement en pleine structuration, il est possible d'identifier des pistes de réponse aux demandes de soins non programmés pour les patients dits « non-urgents », demandes qui pourraient être pris en charge par d'autres structures.

L'enjeu de ce travail est d'interroger par l'amont les conditions d'organisation de la gestion des flux de patients entrants aux urgences et de réfléchir aux alternatives de prise en charge des soins non programmés.

Pour y répondre, ce mémoire expose dans un premier temps les différentes modalités de réorientation des patients aux portes des urgences et leurs limites. L'environnement et les contraintes de chacun des SAU, la façon dont ils participent aux projets de régulation des flux entrants aux urgences sont ensuite présentés et analysés. Enfin, à partir d'études et de références internationales, il est proposé des mesures capables de favoriser et de rentabiliser la mise en place d'un forfait de réorientation, même à titre expérimental.

Mots clés :

Urgences – Permanence des soins - Soins non programmés -Triage - Forfait de réorientation

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.